L'administrateur en chef de la santé publique

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

2011

Jeunes et jeunes adultes — En période de transition

Canada

Also available in English under the title: *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2011: Youth and Young Adults – Life in Transition.*

Le Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011 : Jeunes et jeunes adultes – En période de transition est disponible sur Internet à l'adresse suivante : http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2011

Cat:. HP2-10/2011F-PDF

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

Dr David Butler-Jones
L'administrateur en chef de la santé publique du Canada

Le présent rapport est le quatrième que je publie en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Tout comme les précédents, ce rapport a pour objectif d'informer la population canadienne et de susciter des discussions sur les nombreux facteurs qui contribuent à une bonne santé ainsi que sur les mesures à prendre, en tant que société, pour améliorer la santé publique au Canada. Dans le présent rapport, je m'intéresse à la santé et au bien être des jeunes et des jeunes adultes au Canada. Je mets également en lumière les principaux domaines dans lesquels il y aurait lieu d'intervenir afin d'assurer aux jeunes canadiens le meilleur avenir possible.

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est un parcours complexe qui varie d'une personne à une autre. Au Canada, l'adolescence et le début de l'âge adulte est généralement une période de bonne santé. Toutefois cette période est aussi marquée par une transition importante sur les plans biologique, psychologique, économique et social. En effet, c'est généralement à ce moment que les gens adoptent des attitudes et des comportements qu'ils garderont toute leur vie et qui détermineront leur état de santé et de bien-être futur.

Lorsque j'étais jeune, le parcours vers l'âge adulte était assez prévisible et relativement bien compris. Aujourd'hui, les jeunes empruntent un chemin moins convenu et mettent beaucoup plus de temps à le parcourir. Les raisons d'un tel changement sont nombreuses : un marché du travail en constante évolution, des employeurs exigeant un niveau de scolarité supérieur, un changement d'attitudes à l'égard du mariage, de la sexualité et de la cohabitation, une plus grande diversification des cultures et des valeurs trouver au Canada.

Le Canada était, en effet, très différent à l'époque. Les hôpitaux débordaient d'enfants victimes de complications de la poliomyélite; les véhicules automobiles étaient beaucoup moins sécuritaires; le tabagisme n'était pas considéré comme dangereux pour la santé; les méthodes de contraception étaient moins accessibles; et seuls quelques antibiotiques étaient utilisés pour traiter les infections. Bien que de nombreux progrès aient été accomplis, il reste encore beaucoup d'obstacles à surmonter.

En général, les jeunes et les jeunes adultes au Canada vivent en bonne santé et font preuve d'une forte

« ...l'âge mûr devient sot et négligent lorsqu'il sous-estime la jeunesse [...] »
– J. K. Rowling, *Harry Potter et le Prince de Sang-Mêlé*

résilience. D'ailleurs, la plupart réussissent avec succès le passage à l'âge adulte. Cependant, certains s'y épanouissent moins bien que d'autres et, parmi eux, on trouve dans une proportion démesurée les jeunes de familles à faible revenu, les jeunes vivant dans une collectivité éloignée, les jeunes autochtones et les jeunes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre.

Le présent rapport aborde certains problèmes de santé chez les jeunes et les jeunes adultes, notamment les blessures, l'obésité, les comportements sexuels, les problèmes de santé mentale ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives. Tous ces problèmes peuvent avoir des répercussions négatives sur une transition saine vers l'âge adulte. Bien que ces questions révèlent une tendance assez préoccupante, les données indiquent que des changements peuvent être apportés dans les attitudes, les comportements et les conditions d'épanouissement.

Je m'inquiète pour les jeunes qui vivent difficilement leur passage à l'âge adulte et qui ont l'impression de ne pas avoir d'avenir. Franklin D. Roosevelt a déjà dit : « [traduction] Nous ne pouvons pas toujours préparer l'avenir pour nos jeunes, mais nous pouvons préparer nos jeunes pour l'avenir. » Voilà une observation juste et je crois que, grâce à une vision, une planification et une collaboration à long terme, nous pouvons tendre la main aux plus vulnérables et améliorer la santé et le bien-être de tous les jeunes et les jeunes adultes au Canada.

C'est, bien sûr, le rôle de tous les ordres de gouvernement de créer des environnements dynamiques et, comme c'est généralement le cas en santé publique, il est essentiel, pour ce faire, d'obtenir la collaboration de tous les secteurs de la société, administrations et ordres de gouvernement. En effet, il s'agit ici d'une approche de « société entière », c'est-à-dire d'une approche qui requiert la contribution des gouvernements, des collectivités et des familles.

Nous célébrons cette année le 25e anniversaire de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Cette charte reconnaît l'importance de la participation des collectivités à l'établissement des priorités et à la gestion de leur environnement. Elle reconnaît également l'importance pour les gens de se sentir en contrôle de leur destinée. Je suis impressionné de constater qu'après toutes ces années la Charte conserve sa pertinence et continue de donner des résultats. À mesure que nous nous attaquerons aux problèmes qui affligent la population canadienne, il faut garder à l'esprit que ce n'est pas tant par des interventions directes que nous aiderons les Canadiens à prendre leur vie en main mais par la création de milieux propices à leur épanouissement. Il est, bien sûr, primordial que chacun possède suffisamment de ressources pour répondre à ses besoins essentiels. Toutefois, le fait de pouvoir exercer une influence sur sa vie – le fait d'aimer et d'être aimé, de se sentir en sécurité, d'envisager l'avenir avec confiance et de pouvoir améliorer, dans une certaine mesure, ses conditions de vie et de travail – peut faire la différence entre une santé déficiente et une bonne santé. C'est en ce sens que la santé publique peut jouer un rôle essentiel et durable. Cela dit, nous serons appelés à collaborer avec d'autres secteurs de la société afin de les conseiller sur les mesures à prendre collectivement dans le but d'aider la population canadienne à s'épanouir et à vivre en santé.

David Butler-Jones

Dr David Butler-Jones

Message

Le Dr David Butler-Jones est le premier et l'actuel administrateur en chef de la santé publique du Canada. Il dirige l'Agence de la santé publique du Canada, qui assure le leadership des efforts du gouvernement pour protéger et promouvoir la santé et la sécurité des Canadiens. Il a auparavant œuvré dans les domaines de la santé publique et de la médecine clinique dans plusieurs régions du Canada et a travaillé comme consultant dans d'autres pays. Le Dr Butler-Jones a également fait de l'enseignement universitaire au premier cycle et aux cycles supérieurs, en plus d'avoir touché comme chercheur à un vaste éventail de questions de santé publique. Il est professeur à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba et professeur clinicien au Département de santé communautaire et d'épidémiologie du collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan. De 1995 à 2002, le Dr Butler-Jones a occupé les fonctions de médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan ainsi que de directeur administratif de la Direction générale de la santé de la population et de la Direction générale des services de soins de santé primaires de cette province. Le Dr Butler-Jones a précédemment assumé des fonctions au sein de nombreuses associations. Il a notamment été président de l'Association canadienne de santé publique, vice-président de l'American Public Health Association, président de la Table ronde sur la santé et le changement climatique du Canada, régent international au sein du conseil de l'American College of Preventive Medicine, membre du conseil d'administration de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, président de la coalition canadienne pour accroître la prévention dans la pratique des professionnels de la santé et coprésident de la Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle. Afin de souligner son travail dans le domaine de la santé publique, la Faculté des sciences de la santé de l'Université York a remis au Dr Butler-Jones un doctorat honorifique en droit. En 2010, il s'est vu décerner le Prix Robert Davies Defries, la plus haute distinction remise par l'Association canadienne de santé publique, pour sa contribution exceptionnelle au domaine de la santé publique.

Remerciements

Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2011 : Jeunes et jeunes adultes – En période de transition* n'aurait pu voir le jour sans la contribution de nombreuses personnes et organisations. Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude aux personnes suivantes, qui ont fourni conseils, soutien stratégique et savoir-faire à différentes étapes du rapport :

- L'honorable Gary Filmon, C.P., O.C., O.M., directeur d'entreprise, *The Exchange Group*;
- John Frank, directeur, *Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy*; titulaire d'une chaire en politique et recherche sur la santé publique, Université d'Édimbourg; professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto;
- L'honorable Wilbert J. Keon, O.C., M.D.;
- David Mowat, médecin hygiéniste, région de Peel, Ontario;
- Jeff Reading, professeur et directeur, *School of Public Health and Social Policy* (Faculté du développement social et humain) et Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria;
- Brenda Zimmerman, directrice, *Health Industry Management Program*; professeure agrégée (stratégie et politique), École Schulich des hautes études commerciales, Université York.

J'aimerais aussi remercier le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada pour sa précieuse contribution. Je tiens tout particulièrement à souligner le dévouement dont ont fait preuve les membres de l'Unité des rapports de l'administrateur en chef de la santé publique du Bureau de la pratique en santé publique tout au long de la préparation du présent document : Sarah Bernier, Jane Boswell-Purdy, Suzanne A. Boucher, Paula Carty, Lindsay Fitzpatrick, Maureen Hartigan, Sean Hockin, Deborah Jordan, Jordan Kelly, Jack MacGillivray, Erin L. Schock, Melannie Smith, Andrea Sonkodi et Crystal Stroud.

J'aimerais, par ailleurs, exprimer mes remerciements aux membres du groupe cadre de conseillers de 2011 : Kathleen Brown, Mette Cornelisse, Tracey Donaldson, Barrie Graham, Mana Herel, Semaneh Jemere, Erin Kingdom, Tanis Liebreich, Linda Lord, Leonora Montuoro, Howard Morrison, Roslyn Nudell, Catherine Rotor, Jan Trumble-Waddell, Paul Varughese et Patricia Walsh.

Je tiens également à souligner la contribution de nombreux vérificateurs de l'extérieur :

- Wendy Craig, professeure de psychologie, Université Queen's;
- Elizabeth Dyke, conseillère en santé;
- André P. Grace, professeur-chercheur McCalla et directeur de l'*Institute for Sexual Minority Studies and Services* (Faculté d'éducation), Université de l'Alberta;
- Ilene Hyman, professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto; associée de recherche, *Cities Centre*, Université de Toronto;
- Denise Kouri, *Kouri Research*;
- June Larkin, directrice de programme, *Equity Studies*, Université de Toronto;
- Stoney McCart, directrice, Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes;
- Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, région sanitaire de Saskatoon.

De plus, je tiens également à souligner les organismes suivants pour leur contribution à ce rapport :

- Assemblée des Premières Nations;
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada;
- Association des Médecins Indigènes du Canada;
- Association nationale des centres d'amitié;
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone;
- Congrès des peuples autochtones;
- *Inuit Tapiriit Kanatami*;
- Organisation nationale de la santé autochtone;
- *Pauktuutit Inuit Women of Canada*;
- Ralliement national des Métis.

Remerciements

Enfin, mes remerciements s'adressent tout spécialement aux employés des ministères, organismes et programmes fédéraux suivants qui ont collaboré à la présente publication :

- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada;
- Bureau du Conseil privé;
- Citoyenneté et Immigration Canada;
- Gendarmerie royale du Canada;
- Instituts de recherche en santé du Canada;
- Ministère de la Justice Canada;
- Ministère des Finances Canada;
- Patrimoine canadien (Sport Canada);
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada;
- Santé Canada;
- Sécurité publique Canada;
- Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Table des matières

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada i

Remerciements v

Résumé 1

Chapitre 1 : Introduction 9

Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada? 9

But du rapport 9

Qu'est-ce que la santé publique? 10

De qui est-il question dans ce rapport? 11

De quoi le rapport traite-t-il? 11

Chapitre 2 : Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique 15

Santé publique et trajectoire de vie 15

Transitions de vie des jeunes et des jeunes adultes 15

Promotion d'une saine transition au Canada 18

Regard vers l'avenir 24

Résumé 26

Chapitre 3 : La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada 27

Démographie sociale de la population des jeunes et des jeunes adultes 27

Résidence 27

Éducation, emploi et revenu 28

État de santé actuel des jeunes et des jeunes adultes au Canada 34

Santé mentale et maladie mentale 34

Santé physique 43

Comportements à risque pour la santé 53

Résumé 62

Chapitre 4 : Créer des transitions saines 63

L'approche 63

Créer des milieux propices à la transition 64

Cultiver la résilience 75

Réduire les comportements à risque 78

Favoriser la santé mentale et les facteurs de protection 79

Prévenir le suicide 88

Prévenir les blessures accidentelles 92

Table des matières

Lutter contre l'intimidation et les agressions 98

S'attaquer aux problèmes de santé sexuelle et reproductive 101

Promouvoir un poids santé et un mode de vie sain 111

La consommation et l'abus de substances nocives 116

Résumé 126

Chapitre 5 : Aller de l'avant – Mesures prioritaires 129

Mesures prioritaires 129

Améliorer et mieux utiliser les données sur les populations et les programmes 130

Miser sur l'éducation et la sensibilisation 131

Créer et maintenir un environnement sain et stimulant 132

Aborder les problèmes sous tous les angles selon une approche coordonnée, intersectorielle et multidisciplinaire 133

Vers un Canada en santé 134

Annexe A : Liste des sigles et acronymes 137

Annexe B : Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens 139

Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs 143

Références 159

Liste des figures

Figure 2.1 Taux de fertilité selon le groupe d'âge, Canada, de 1930 à 2008 22

Figure 3.1 Répartition de la population selon le groupe d'âge, Canada, 2006 27

Figure 3.2 Taux de décrocheurs au secondaire selon l'année scolaire, de 1990-1991 à 2009-2010 29

Figure 3.3 Réussite des études postsecondaires selon certains groupes d'âge et certains pays de l'OCDE, 2008 30

Figure 3.4 Emplois occupés par les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, 2006 32

Figure 3.5 Taux de chômage chez les jeunes et les jeunes adultes selon le niveau de scolarité, Canada, de 1990 à 2009 33

Figure 3.6 Pourcentage des jeunes et des jeunes adultes vivant dans une ménage à faible revenu, après impôt, Canada, de 1976 à 2008 33

Figure 3.7 Santé mentale perçue comme excellente ou très bonne chez les jeunes et les jeunes adultes selon l'origine, Canada, 2009 36

Figure 3.8 Trouble de l'humeur chez les jeunes et les jeunes adultes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009 38

Figure 3.9 Trouble d'anxiété chez les jeunes et les jeunes adultes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009 38

Figure 3.10 Formes d'intimidation indirecte subies selon le sexe et le niveau scolaire, Canada, 2006 40
Figure 3.11 Formes d'intimidation directe subies selon le sexe et le niveau scolaire, Canada, 2006 41
Figure 3.12 Taux de suicide pour 100 000 personnes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007 43
Figure 3.13 Principales causes de décès chez les jeunes et les jeunes adultes de 12 à 29 ans selon le sexe, Canada, 2007 44
Figure 3.14 Taux d'incidence de la tuberculose chez les jeunes et les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans selon l'origine, Canada, de 2001 à 2009 46
Figure 3.15 Catégories d'indice de masse corporelle réel selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007-2009 46
Figure 3.16 Taux d'embonpoint et d'obésité réels chez les jeunes adultes selon le sexe et le revenu, Canada, territoires non compris, 2004 48
Figure 3.17 Taux d'incidence de certains cancers chez les jeunes et les jeunes adultes de 15 à 29 ans selon le sexe, Canada, 2007 49
Figure 3.18 Hospitalisations pour blessures chez les jeunes et les jeunes adultes de 12 à 29 ans, Canada, Québec non compris, 2005-2006 50
Figure 3.19 Taux d'infection à la chlamydia selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009 52
Figure 3.20 Taux d'infection à la gonorrhée selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009 52
Figure 3.21 Taux d'infection à la syphilis infectieuse selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009 53
Figure 3.22 Pourcentage des jeunes et des jeunes adultes de 15 à 29 ans ayant eu des relations sexuelles selon l'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2009 55
Figure 3.23 Taux de grossesse et de naissance vivante chez les adolescentes, Canada, de 1975 à 2005 56
Figure 3.24 Pourcentage de fumeurs chez les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, territoires non compris, 1999 et 2009 58
Figure 3.25 Consommation d'alcool chez les étudiants fumeurs et non-fumeurs de la 7e à la 9e année et de la 10e à la 12e année, Canada, territoires non compris, 2009 60
Figure 3.26 Consommation de drogues illicites chez les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, territoires non compris, 2009 61

Liste des tableaux

Tableau 3.1 Données démographiques sur les jeunes et les jeunes adultes au Canada 28
Tableau 3.2 Statut social et économique des jeunes et des jeunes adultes au Canada 29
Tableau 3.3 Santé mentale des jeunes et des jeunes adultes au Canada 35
Tableau 3.4 Maladie mentale chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada 37
Tableau 3.5 Santé perçue et mortalité chez les jeunes et les jeunes adultes, Canada 44
Tableau 3.6 Santé physique des jeunes et des jeunes adultes au Canada 45
Tableau 3.7 Comportements liés à la santé chez les jeunes et les jeunes adultes, Canada 54

Table des matières

Tableau B.1 Notre population 139
Tableau B.2 Notre santé 140
Tableau B.3 Facteurs influant sur notre santé 141
Tableau C.1 Seuils de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes de 12 à 17 ans 149
Tableau C.2 Seuils de faible revenu après impôt, Canada, 2009 153

Encadrés

Rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada 12
Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada 13
Unis pour Agir 14
Le Canada et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant 25
Bâtir des familles solides : le programme Triple P – Le programme de pratiques parentales positives et le Renforcement des familles pour l'avenir 65
Les approches intégrées pour lutter contre l'itinérance 67
S'attaquer à la dépendance et aux problèmes de santé mentale : le centre Wabano d'Ottawa 69
L'étude longitudinale de Kauai : une étude sur la résilience 75
La recherche sur la résilience : le *Resilience Research Centre du Canada* 76
La recherche sur les facteurs de protection et la résilience chez les adolescentes 77
Premiers soins en santé mentale Canada : l'exemple du « *Jack Project* » 84
Evergreen : un document-cadre sur la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada 86
Des programmes communautaires de prévention du suicide 90
Prévenir le suicide chez les LGBTQ grâce aux médias sociaux : le projet *It Gets Better* 91
Accroître la sensibilisation sur l'alcool au volant 95
Connaître les risques : l'exemple de Sauve-Qui-Pense 97
Le programme Olweus de prévention de l'intimidation 99
Prévenir la violence dans les relations amoureuses : le *Youth Relationships Project* 103
Établir des relations saines : le programme *Fourth R* 104
Le Programme de soins de santé maternelle et infantile 107
Le *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* 121
S'attaquer aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale : le programme *STOP FAS* au Manitoba 124
Unis pour Agir : une conférence sur l'engagement des jeunes 136

Résumé

Le présent rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada est le quatrième que produit l'administrateur en chef de la santé publique. Le rapport de cette année dresse un portrait de l'état de santé et de bien-être des jeunes (de 12 à 19 ans) et des jeunes adultes (de 20 à 29 ans) au Canada et fait le point sur de nombreuses questions de santé qui les concernent, notamment la santé physique et mentale, les blessures, la santé sexuelle et reproductive ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives. En examinant ces questions et les mesures mises de l'avant pour les résoudre, le rapport dresse une liste des actions à mener en priorité afin de continuer d'aider les jeunes et les jeunes adultes au Canada à vivre une saine transition vers l'âge adulte.

Préparation pour une saine transition

Au fil du temps et grâce, en partie, aux fonds qu'il a investis dans la santé publique et dans l'amélioration des conditions socioéconomiques, le Canada a contribué à aider les jeunes canadiens à vivre une transition saine et mature vers l'âge adulte. Les efforts déployés pour promouvoir et favoriser de saines transitions de vie doivent toutefois faire partie d'un processus continu, puisque, tout au long de leur vie, les Canadiens doivent avoir la possibilité de maintenir une bonne santé et de préserver leur bien-être. Et ce constat est d'autant plus évident que les jeunes d'aujourd'hui franchissent les différentes étapes vers l'âge adulte à des moments, dans un ordre et avec une facilité qui varient considérablement. Puisque les jeunes et les jeunes adultes au Canada forment un segment de la population de plus en plus diversifié, les tendances dans les transitions de vie ont aussi largement évolué depuis le dernier siècle. Dans l'ensemble, cette période de défis et d'expériences de vie positives leur donne l'occasion de progresser, d'acquérir des apprentissages et de se préparer à leur rôle et à leurs responsabilités d'adulte. Certains groupes sont toutefois prédisposés à des problèmes de santé et peuvent, de ce fait, se heurter à des défis et des obstacles susceptibles de nuire à leur passage à l'âge adulte.

Tout au long de la vie, la santé est influencée directement ou indirectement par les déterminants de la santé, tels que le niveau de scolarité et l'alphabétisme, le niveau de revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail ainsi que l'environnement social. L'interaction complexe de ces déterminants peut avoir des répercussions positives ou négatives sur la santé. Ainsi, dans un groupe donné, les transitions de vie ne se déroulent pas nécessairement au même moment ni au même rythme. Les jeunes et les jeunes adultes vivent donc, chacun à leur façon, les différentes étapes de la vie, et la frontière entre l'enfance et l'adolescence ou entre l'adolescence et l'âge adulte varie d'une personne à une autre. En santé publique, les déterminants de la santé et le modèle basé sur la trajectoire de vie aident à comprendre comment certains facteurs ou certaines expériences peuvent avoir une incidence sur la santé et sur la capacité à faire des transitions saines d'une étape de vie à une autre.

En examinant brièvement l'histoire de la santé publique et les démarches entreprises au Canada pour favoriser de saines transitions de vie, on constate que les efforts investis ont eu une incidence positive sur la santé des jeunes et des jeunes adultes. Grâce à ses programmes, ses lois et ses politiques, le Canada a en effet créé les conditions essentielles pour assurer à ses citoyens un niveau de santé et de bien-être optimal tout au long de leur vie, y compris à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Cependant, il reste encore d'importants défis à relever. En fait, il existe des domaines dans lesquels le Canada, en tant que société, peut intervenir afin d'améliorer la santé et le bien-être actuels et futurs des jeunes et des jeunes adultes. L'éducation, l'emploi, la santé sexuelle et reproductive, la prévention des blessures, la réduction des comportements à risque et la promotion d'une vie saine en sont quelques exemples. Pour que tous les jeunes et les jeunes adultes canadiens puissent se développer sainement, il faut qu'ils soient en mesure de cerner et d'éliminer les difficultés auxquelles ils se heurtent afin de promouvoir de saines transitions de vie.

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Selon le Recensement de 2006, le Canada compte 7,5 millions de jeunes et de jeunes adultes. De ce nombre, 46 % sont des jeunes âgés de 12 à 19 ans et 54 %, des jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans. Ensemble, ils représentent 24 % de la population totale, une diminution par rapport aux 33 % enregistrés il y a 35 ans. Bien

Résumé

que la plupart des jeunes habitent avec leur famille, certains vivent seuls, habitent avec un conjoint ou un conjoint de fait ou ont même fondé leur propre famille. Toutefois, comparativement à 2001 (39 %), une plus grande proportion (42 %) habitent toujours chez leurs parents.

L'éducation est, pour tous les Canadiens, un important déterminant de la santé. En 2009, neuf jeunes adultes sur dix avaient terminé leurs études secondaires, et le taux de décrochage s'établissait à 8,5 %. Le taux de décrochage est généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et il est bien plus élevé chez les jeunes autochtones vivant hors réserve (23 %). Les jeunes adultes sont, par ailleurs, de plus en plus nombreux à poursuivre des études postsecondaires, et leur taux de réussite a aussi augmenté au fil des années. En 2008, plus de la moitié des Canadiens âgés de 25 à 34 ans avaient terminé des études postsecondaires et de nombreux jeunes et jeunes adultes étaient actifs sur le marché du travail. En effet, plus des deux tiers des Canadiens âgés de 15 à 29 ans occupaient un emploi, soit le quart de la population active au Canada. La majorité des jeunes de 15 à 19 ans occupaient un emploi à temps partiel, alors que les jeunes adultes travaillaient généralement à temps plein.

La santé mentale représente un aspect important de la santé et du bien-être général des jeunes et des jeunes adultes au Canada. D'ailleurs, ceux-ci sont particulièrement touchés par certaines maladies mentales ou certains troubles de santé mentale, comme la dépression, le trouble panique, les troubles de l'alimentation, les lésions auto-infligées, les comportements suicidaires ainsi que les comportements agressifs ou antisociaux, tels que l'intimidation. Cela dit, plus des trois quarts des jeunes et des jeunes adultes au Canada considèrent leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne et la plupart se disent très satisfaits ou satisfaits de leur vie. Par contre, 14 % des jeunes et 24 % des jeunes adultes indiquent avoir une vie assez stressante. Comparativement aux autres Canadiens, les jeunes et les jeunes adultes vivant dans des ménages à faible revenu, groupe dans lequel sont surreprésentés les Autochtones, les nouveaux immigrants et les sans-abri, sont davantage exposés à des facteurs de stress, tels que le stress professionnel, les difficultés relationnelles et les problèmes financiers. Ces jeunes ainsi que ceux des minorités sexuelles peuvent également être victimes de discrimination, ce qui peut augmenter leur niveau de stress et leur risque de développer des troubles de santé mentale. La stigmatisation et le harcèlement dont sont victimes les jeunes et les jeunes adultes des minorités sexuelles les rendent également plus vulnérables aux troubles de santé mentale.

L'intimidation prend de nombreuses formes et peut avoir de graves répercussions sur la santé émotionnelle des personnes qui en sont victimes. En 2006, 36 % des élèves de la 6e à la 10e année ont déclaré être victimes d'intimidation, 39 % ont admis être des intimidateurs et 20 % ont indiqué être à la fois victimes et intimidateurs. Les formes d'intimidation les plus communes sont les moqueries et l'intimidation indirecte (par exemple, colporter des mensonges au sujet d'une autre personne). L'intimidation physique, la cyberintimidation et le harcèlement sexuel constituent d'autres formes d'intimidation courantes. Selon les données, la violence dans les relations amoureuses est plus fréquente chez les jeunes de 15 à 24 ans, et les risques de harcèlement, de victimisation et de violence physique et sexuelle, tant à l'école que dans la collectivité, sont beaucoup plus grands chez les jeunes des minorités sexuelles.

Les lésions auto-infligées constituent un autre problème préoccupant chez les jeunes et les jeunes adultes. Ce comportement, souvent caché, est fréquent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Chez les femmes, les blessures volontaires (y compris les lésions auto-infligées) sont responsables de 36 % des hospitalisations pour blessures, alors que, chez les hommes, ce pourcentage est de 22 %. Le suicide est, après les blessures accidentelles, la principale cause de décès chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada. En effet, près de 800 jeunes et jeunes adultes se sont suicidés au Canada en 2007 et, de ce nombre, 76 % étaient des jeunes hommes. Bien qu'il n'existe aucune information récente sur le sujet, les travaux de recherche et les données historiques indiquent que le taux de suicide dans certaines populations autochtones est beaucoup plus élevé que dans le reste de la population. Le suicide serait également plus fréquent chez les jeunes et les jeunes adultes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement (LGBTQ).

Résumé

Comparativement aux populations plus âgées, les jeunes et les jeunes adultes sont moins prédisposés aux maladies chroniques et présentent un taux de mortalité plus faible. D'ailleurs, la majorité d'entre eux (68 % des jeunes et 70 % des jeunes adultes) se considèrent en excellente ou en très bonne santé. Cependant, les jeunes et les jeunes adultes sont plus susceptibles de subir des blessures ou de mourir à la suite de blessures, et cette situation est d'autant plus préoccupante que la plupart des blessures pourraient être évitées. Les lésions traumatiques et les intoxications constituent la principale cause de mortalité chez les jeunes et les jeunes adultes et sont responsables de 75 % des décès chez les adolescents et les jeunes hommes, comparativement à seulement 56 % chez les adolescentes et les jeunes femmes. La majorité des hospitalisations pour blessures surviennent également chez les hommes (66 % chez les adolescents et 68 % chez les jeunes hommes). Par ailleurs, la plupart des décès par blessures sont causés par les accidents de transport, y compris les collisions automobiles, qui, une fois encore, impliquent plus souvent les jeunes conducteurs que les jeunes conductrices. En 2005-2006, plus de 35 000 jeunes et jeunes adultes ont été hospitalisés pour des blessures. Un peu plus des deux tiers (70 %) de ces hospitalisations étaient attribuables à des blessures accidentelles, dont le tiers était lié aux accidents de transport.

Les jeunes et les jeunes adultes au Canada affichent des taux d'obésité plus élevés que par le passé. Entre 1978/1979 et 2007-2009, les taux d'obésité réels sont passés de 3 % à 11 % chez les jeunes et de 6 % à 15 % chez les jeunes adultes. Selon les données d'enquête, on trouve les plus hauts taux d'obésité chez les Autochtones et les taux les plus faibles chez les immigrants. On sait qu'une situation socioéconomique précaire peut être un facteur d'obésité. En effet, les jeunes de familles plus fortunées sont davantage portés à pratiquer des activités physiques et à consommer des aliments sains. Les jeunes qui sont atteints d'embonpoint ou d'obésité courent davantage de risques de développer des maladies chroniques à l'âge adulte, notamment le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires.

Entre 1994 et 2009, les taux déclarés d'infections transmissibles sexuellement (ITS) ont connu une augmentation au Canada. Les jeunes de moins de 30 ans continuent d'afficher les plus hauts taux déclarés de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis infectieuse. Les données d'enquête montrent, en outre, que le taux de chlamydia chez les adolescentes et les jeunes femmes des Premières nations est supérieur à celui observé dans le reste de la population et que les jeunes de la rue présentent eux aussi des taux de chlamydia et de gonorrhée particulièrement élevés. En 2009, plus d'un cinquième (22 %) des tests positifs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) étaient chez les jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans.

Même s'il est normal pour les jeunes et les jeunes adultes de prendre des risques, certains d'entre eux adoptent des comportements néfastes pour leur santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues et les comportements sexuels à risque. En 2009, près de la moitié des jeunes de 15 à 19 ans et neuf jeunes adultes sur dix ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au moins une fois dans leur vie. Plus du tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans et environ le quart des jeunes adultes de 20 à 29 ans ont indiqué avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année. Ce sont toutefois les jeunes des minorités sexuelles et les jeunes de la rue qui sont les plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque; de façon générale, ils vivent leur première expérience sexuelle à un âge plus précoce, ont des relations sexuelles avec plus d'un partenaire et font une utilisation moins fréquente du condom.

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances nocives les plus fréquemment consommées par les jeunes et les jeunes adultes, et la plupart y sont exposés pour la première fois à l'adolescence. Bien que le taux de tabagisme ait diminué au cours des dix dernières années, il reste que le plus haut pourcentage de fumeurs (23 %) s'observe chez les jeunes adultes. Par ailleurs, en 2009, plus des deux tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans avaient consommé de l'alcool dans les douze derniers mois et près de la moitié en avaient consommé au moins deux ou trois fois par mois. Même si le cannabis a connu une baisse de popularité ces dernières années, il demeure la drogue illicite la plus consommée par les jeunes et les jeunes adultes; en effet, environ le quart a déclaré en avoir consommé en 2009. On remarque cependant que certaines populations présentent un risque plus élevé de consommation et d'abus de substances nocives. Par exemple, les adolescents et les jeunes hommes

sont généralement plus susceptibles de consommer des substances nocives et de le faire de façon assidue. Des études récentes indiquent toutefois que l'écart entre les sexes tend à se resserrer. Les données montrent également que la consommation d'alcool et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes fumeurs que chez les jeunes non-fumeurs. De même, les jeunes autochtones, les jeunes de la rue et ceux appartenant à une minorité sexuelle présentent, eux aussi, un risque accru de toxicomanie.

Créer des transitions saines

Afin de permettre à tous les jeunes et les jeunes adultes de vivre une saine transition, le Canada doit continuer de s'attaquer aux facteurs complexes et interreliés qui ont une incidence sur la santé et le bien-être. Le présent rapport met d'ailleurs l'accent sur plusieurs de ces facteurs, notamment la santé mentale et la maladie mentale, le suicide, les blessures, l'intimidation, les comportements sexuels à risque, le poids santé ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives. Il existe une multitude de façons de s'attaquer à ces questions, que ce soit par l'amélioration de la résilience, la lutte contre la stigmatisation, la promotion de la santé, la prévention et la gestion des risques, l'adoption d'une approche ciblée, l'éducation et la sensibilisation, l'élaboration de politiques publiques qui favorisent la santé et l'adoption de lois en matière de protection. C'est pourquoi le rapport met en lumière des interventions et des stratégies de soutien efficaces et prometteuses et présente des données de recherche pertinentes afin de montrer ce qui peut être accompli pour favoriser de saines transitions chez les jeunes et les jeunes adultes.

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence importante sur l'état de santé des jeunes et des jeunes adultes au Canada. La famille, les amis, l'école, le milieu de travail et la collectivité peuvent, en effet, avoir des répercussions sur la santé. Par exemple, un milieu familial propice peut diminuer les effets directs de l'isolement et de l'exclusion sociale, physique et économique. Par contre, les jeunes canadiens qui sont victimes de mauvais traitements et de négligence à la maison risquent d'avoir des problèmes de santé. L'itinérance peut d'ailleurs être le résultat de mauvais traitements, de négligence, d'une maladie mentale, d'un manque d'emploi, d'un revenu insuffisant, d'un logement inadéquat ou d'un manque de soutien parental. S'attaquer au problème d'itinérance chez les jeunes et les jeunes adultes n'est pas une tâche facile. Pour être réellement efficaces, les interventions doivent être réalisées en bas âge; elles doivent tenir compte des principaux déterminants de la santé et permettre aux enfants et aux jeunes d'avoir accès à un logement stable et à un soutien. À ce titre, l'école est une importante source de soutien pour les jeunes, puisqu'elle leur permet d'acquérir des compétences scolaires et sociales et d'améliorer leurs aptitudes à vivre au quotidien. Elle peut, en outre, diffuser de façon efficace de l'information sur la santé, aborder les problèmes de santé, proposer des mesures de prévention et aider à acquérir de saines habitudes de vie. L'approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire consiste d'ailleurs à enseigner des compétences en classe, à améliorer l'environnement social et physique et à établir des liens avec la collectivité. En facilitant l'accès à l'éducation et à une aide financière, certains programmes ont permis à un plus grand nombre de jeunes et de jeunes adultes d'entreprendre des études postsecondaires et de les mener à terme. Le Canada a également connu un certain succès en mettant sur pied des programmes destinés à aider les jeunes et les jeunes adultes à acquérir les compétences, l'expérience et les connaissances dont ils ont besoin pour décrocher un emploi à temps plein.

La résilience est la capacité d'une personne de surmonter les épreuves et les difficultés et de chercher à obtenir les soins et le soutien social dont elle a besoin. Cette capacité est influencée par de nombreux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La résilience est essentielle à une saine transition vers l'âge adulte, car elle détermine la capacité de lutter contre les traumatismes psychologiques et affectifs, de se faire confiance et de se respecter, de se fixer des objectifs réalistes et d'établir des relations d'entraide. Elle se développe différemment chez les adolescents et les adolescentes, et les interventions visant à la promouvoir doivent nécessairement être adaptées en conséquence.

Les problèmes affectifs et les problèmes de santé mentale vécus pendant l'enfance et à l'adolescence peuvent avoir des répercussions sur les jeunes et les jeunes adultes tout au long de leur vie. D'ailleurs, de nombreuses maladies mentales se manifestent à l'adolescence. C'est pourquoi

les troubles de santé mentale et les maladies mentales doivent être traités le plus tôt possible. Les programmes qui ciblent les jeunes se montrent particulièrement efficaces pour prévenir et gérer les problèmes de santé mentale et pour promouvoir une bonne santé mentale. Les écoles pourraient jouer un rôle primordial à cet égard en favorisant le dépistage précoce et en misant sur la sensibilisation. Par exemple, elles pourraient familiariser les enfants et les jeunes avec les troubles de santé mentale et prévenir la stigmatisation en leur enseignant l'empathie et la tolérance et en les mettant en présence de personnes atteintes d'une maladie mentale avant qu'ils n'adoptent des attitudes négatives. La stigmatisation peut nuire au développement des personnes atteintes d'une maladie mentale et les empêcher de demander l'aide dont elles ont besoin. Certains jeunes et jeunes adultes pourraient également éviter de recourir à certains programmes ou services qui, à leurs yeux, semblent davantage destinés aux adultes ou trop détachés de leurs besoins ou de leur culture. C'est pourquoi il faudrait envisager sérieusement d'offrir en milieu scolaire des programmes et des services adaptés en fonction de l'âge. De façon générale, les interventions les plus efficaces comprennent des programmes à long terme qui englobent plusieurs aspects de la santé mentale et qui ciblent les personnes, les familles et les collectivités dans le cadre d'une démarche adaptée en fonction de l'âge, du genre et de la culture. De vastes initiatives ou stratégies pourraient également proposer des démarches intégrées et coordonnées susceptibles d'apporter d'importantes améliorations à la santé mentale en général.

Le suicide est un problème de santé publique grave mais évitable, qui entraîne des conséquences néfastes sur les plans affectif, social et économique. Le fait que le suicide ne soit pas considéré comme un important problème de santé publique et qu'on le croie exclusif à certaines populations nuit à l'efficacité de nombreux programmes de prévention. On observe toutefois certaines tendances dans des groupes de population en particulier. Malgré l'efficacité des stratégies qui limitent l'accès aux armes à feu, aux substances toxiques ou à d'autres outils couramment utilisés dans les tentatives de suicide, ce genre d'intervention ne permet pas d'en éliminer les causes fondamentales. Le suicide peut être abordé dans le cadre d'une vaste stratégie de bien-être qui favorise également la promotion de la santé mentale. Dans le cas des populations autochtones à risque, il faudrait accroître la sensibilisation et s'attaquer aux facteurs communautaires, comme l'exclusion sociale et la rupture du lien avec les traditions et la culture, qui sont souvent profondément enracinés et peuvent se répercuter sur plusieurs générations. Les démarches prometteuses prennent leur source à même la collectivité. Par ailleurs, les premiers résultats de recherche montrent que les médias sociaux et les ressources en ligne peuvent contribuer à prévenir le suicide, notamment chez les jeunes et les jeunes adultes LGBTQ. L'efficacité de ces médias pourrait toutefois être compromise par le fait qu'ils évoluent dans un environnement en perpétuel changement, qu'ils font rarement l'objet d'évaluations, qu'ils sont susceptibles d'accentuer l'isolement et qu'ils peuvent être utilisés pour intimider les personnes vulnérables ou les conduire au suicide.

Les blessures que subissent les jeunes et les jeunes adultes sont généralement évitables. En effet, dans bien des cas, la sensibilisation pourrait contribuer à les prévenir. Les programmes de sécurité en milieu de travail mis en œuvre dans les écoles permettent d'instaurer une culture de la sécurité chez les jeunes avant leur entrée sur le marché du travail. En effet, ces programmes les informent sur les risques en milieu de travail ainsi que sur leurs droits et leurs responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail. De vastes programmes de sensibilisation ont d'ailleurs permis de changer les attitudes à l'égard de certains comportements à risque, comme la conduite avec les facultés affaiblies. Il reste toutefois beaucoup à faire pour s'assurer que les messages parviennent aux personnes les plus à risque. La portée des messages devrait, en outre, être élargie à la conduite de tous les véhicules motorisés, notamment les bateaux, les véhicules tout-terrain et les motoneiges. De façon générale, les démarches à volets multiples sont plus efficaces lorsqu'elles combinent l'application des politiques et des règlements, le contrôle des dangers environnementaux et la sensibilisation.

L'intimidation est un problème qui a des répercussions à court et à long terme sur la santé et le bien-être de ceux qui en sont victimes. Elle peut survenir dans différents contextes sociaux, notamment à l'école, au travail et en ligne. Peu importe le contexte, tout le monde a un rôle

à jouer pour la prévenir. L'intimidation est un problème relationnel qui se caractérise par un abus de pouvoir et qui peut se résoudre par l'établissement de relations saines et l'acquisition d'aptitudes sociales, comme l'affirmation de soi, l'empathie, la résolution de conflits et d'autres habiletés interpersonnelles. Étant donné qu'elle se produit généralement à l'école, c'est en milieu scolaire que l'on s'emploie le plus activement à la combattre. Les évaluations indiquent toutefois que les programmes de prévention donnent des résultats mitigés. Les politiques qui s'appliquent à tout le milieu scolaire permettent de préciser les responsabilités des enseignants et des élèves dans la lutte contre l'intimidation. La participation et la présence d'adultes dans les écoles peuvent également avoir une incidence positive sur les résultats. En milieu de travail, la lutte contre l'intimidation exige que les employeurs et les employés travaillent ensemble à définir clairement ce qu'est l'intimidation et à déterminer comment sont conçues et appliquées les mesures de prévention.

La santé sexuelle est un aspect important d'un mode de vie sain, des saines transitions et de la santé en général. Vivre une sexualité saine, ce n'est pas seulement éviter les conséquences négatives, comme les ITS et les grossesses imprévues. La plupart des Canadiens deviennent sexuellement actifs à l'adolescence. Étant donné que les attitudes et les comportements à l'égard de la sexualité se définissent en bas âge, il est important de transmettre aux jeunes les connaissances et les habiletés nécessaires pour qu'ils puissent établir des relations saines et adopter des comportements sexuels sains. Les interventions en milieu scolaire permettent de joindre un grand nombre de jeunes. Les données indiquent d'ailleurs que plus on informe les enfants et les jeunes sur la santé sexuelle, plus ils sont susceptibles de retarder le moment de leur première relation sexuelle et d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires. Toutefois, l'éducation sur la santé sexuelle est généralement d'une efficacité limitée dans les écoles au Canada en raison du temps consacré à l'enseignement, du materiel pédagogique ou d'une résistance de la part de la collectivité. Certains enseignants se sentent également mal à l'aise avec le sujet. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle doivent inclure la question de la diversité afin de refléter les différents besoins et points de vue des élèves. De la même manière, il faudrait aborder la grossesse chez les adolescentes et les comportements sexuels des jeunes de la rue au moyen d'une démarche exhaustive qui tient compte de l'ensemble des déterminants de la santé et examine les causes profondes du problème. Il faudrait, par exemple, instaurer des mesures de prévention des grossesses chez les adolescentes et offrir aux jeunes parents et à leurs enfants des services de soutien afin de les aider à se maintenir en bonne santé, tout en évitant de les stigmatiser. De façon générale, les interventions les plus efficaces sont celles qui sont mises en œuvre en bas âge et qui tiennent compte de l'expérience des jeunes et des jeunes adultes, de leurs antécédents, de leur culture et de leur orientation sexuelle.

Bien que l'embonpoint et l'obésité soient actuellement en pleine expansion dans tous les groupes d'âge, ce problème de santé publique est particulièrement préoccupant chez les jeunes et les jeunes adultes en raison des effets néfastes qu'il entraîne sur leur état de santé actuel et futur. Le surplus de poids est le résultat de nombreux facteurs, notamment la situation économique, le niveau de scolarité, les prédispositions génétiques, les facteurs sociaux, le milieu bâti et la culture. Vaincre l'embonpoint et l'obésité exige l'adoption d'un mode de vie sain en favorisant l'activité physique et l'alimentation équilibrée et en s'attaquant aux déterminants socioculturels et environnementaux qui en sont à l'origine. Le milieu bâti peut, en effet, avoir une incidence sur le mode de vie des jeunes et des jeunes adultes au Canada en favorisant le transport et les loisirs actifs, en facilitant les déplacements à pied et en donnant accès à des installations récréatives et à des aliments abordables et nutritifs. Les vastes stratégies qui fournissent des recommandations en matière de nutrition et d'activité physique constituent une façon de lutter contre les problèmes de poids dans la population en général. Une autre démarche consiste à rendre les aliments sains et les programmes plus accessibles aux personnes à risque (notamment en régions rurales ou éloignées). Des programmes de diagnostic précoce seraient également nécessaires pour assurer un traitement des troubles de l'alimentation. Pour cette raison, il serait important de former les familles et les enseignants afin qu'ils puissent détecter rapidement les comportements et les symptômes typiques d'un trouble de la conduite alimentaire. La collectivité pourrait aussi jouer un rôle

majeur dans la promotion de saines images corporelles. Cela dit, il faudrait déployer d'autres efforts si l'on veut combattre les stéréotypes dont sont victimes les personnes atteintes d'embonpoint et d'obésité et montrer aux jeunes que l'estime de soi n'est pas une question d'apparence physique.

Comparativement à d'autres groupes de la population, les jeunes et les jeunes adultes au Canada sont plus susceptibles de consommer des substances nocives et de le faire de façon abusive. Ce problème complexe est souvent le résultat d'une accumulation de facteurs d'influence, comme la situation familiale, le cercle d'amis, le milieu scolaire et les déterminants socioéconomiques. Sur le plan de la santé publique, la question est souvent abordée au moyen d'une approche à quatre volets : la prévention, le traitement et la réadaptation, l'application des lois et des règlements et la réduction des méfaits. Les mesures de prévention donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont mises en œuvre en bas âge, avant que les problèmes de consommation ne surviennent. En effet, les interventions précoces aident à cibler rapidement les facteurs de risque et permettent aux enfants d'acquérir les compétences nécessaires pour faire des choix de vie sains. Pour être efficaces, les programmes destinés aux jeunes doivent être adaptés à leurs besoins, fournir de l'information sur les substances nocives les plus consommées et tenir compte de leurs intérêts, de leurs activités et de leurs valeurs. L'établissement d'un âge légal de consommation, les mesures de contrôle concernant la vente d'alcool aux mineurs, l'imposition de taxes sur l'alcool, la réduction du taux légal d'alcoolémie et l'émission de permis d'apprenti conducteur constituent quelques-unes des mesures de promotion de la santé qui ont donné de bons résultats auprès de la population. La réglementation des produits du tabac a également joué un rôle important dans la réduction du tabagisme au Canada.

Le Canada a déjà mis en place plusieurs stratégies et programmes éprouvés ou prometteurs dans le but d'améliorer l'état de santé actuel et futur des jeunes et des jeunes adultes. Malgré les efforts déployés, la santé et le bien-être de certains d'entre eux continuent d'être mis en péril, et beaucoup de lacunes subsistent dans les connaissances, l'information et les pratiques exemplaires. Les politiques et les programmes actuels fournissent à la population, aux collectivités et aux différents secteurs de la société un bon point de départ pour faire avancer les choses.

Aller de l'avant

Grâce à son travail de planification et de recherche, le Canada a réussi, au cours du dernier siècle, à améliorer la santé et la qualité de vie de sa population. Par conséquent, la plupart des jeunes et des jeunes adultes canadiens d'aujourd'hui peuvent s'attendre à mener une vie saine et trépidante. Cependant, la santé actuelle et future d'un grand nombre d'entre eux continue d'être mise en péril, et certains segments de la population sont prédisposés à des problèmes de santé.

Le Canada devrait s'attaquer à ces problèmes afin d'assurer aux jeunes et aux jeunes adultes vulnérables une vie saine et productive. Bien que de nombreuses mesures soient déjà en place, plusieurs d'entre elles pourraient être reproduites, adaptées ou transposées à plus grande échelle. Certaines collectivités pourraient également nécessiter des stratégies plus personnalisées. Une évaluation de tous les programmes serait, en outre, essentielle pour en vérifier l'efficacité.

Afin de servir au mieux les intérêts des jeunes et des jeunes adultes, le Canada devrait concentrer ses efforts sur les actions prioritaires suivantes :

- améliorer et mieux utiliser les données sur les populations et les programmes;
- miser sur l'éducation et la sensibilisation;
- créer et maintenir un environnement sain et stimulant;
- aborder les problèmes sous tous les angles selon une approche coordonnée, intersectorielle et multidisciplinaire.

En tant que société, nous pouvons tirer des leçons et nous inspirer des succès passés dans le but de créer un environnement favorable à la santé et au bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada. De cette façon, nous pourrons aider les jeunes à traverser cette période essentielle à leur développement en leur donnant les moyens de faire face aux difficultés et d'atteindre leur plein potentiel.

Introduction

CHAPITRE 1

Ce rapport annuel est le quatrième que produit l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Il dresse un bilan de l'état de santé et de bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada et examine les principales transitions qui marquent leur parcours de vie. Il aborde en outre les problèmes de santé qui persistent ou qui s'aggravent chez les jeunes et les jeunes adultes et présente les défis et les succès qui en résultent. Le rapport met également en lumière les domaines où il y aurait lieu d'intervenir en priorité afin de continuer d'aider les jeunes au Canada à devenir des adultes productifs et en santé.

Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada?

En vertu de la loi, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada est tenu de présenter, chaque année, au ministre de la Santé et au Parlement un rapport sur l'état de la santé publique au Canada[1]. L'Agence de la santé publique du Canada et le poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada ont été créés en 2004 afin de protéger et d'améliorer la santé et la sécurité de la population canadienne[1, 2]. En décembre 2006, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* a conféré à l'Agence le statut d'entité juridique et a défini son rôle et celui de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (voir les encadrés intitulés « Rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada » et « Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada »)[1, 3].

But du rapport

Le rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique vise à mettre en évidence des questions de santé publique qui, selon l'administrateur en chef de la santé publique, méritent d'être examinées plus en profondeur et de faire l'objet d'interventions plus poussées. Il vise également à renseigner les Canadiens sur les différents facteurs qui contribuent à une bonne santé. Cela dit, le rapport ne représente pas la politique du gouvernement du Canada en matière de santé et ne se limite pas aux activités fédérales, provinciales ou territoriales. Il ne constitue pas non plus un cadre stratégique, mais sert plutôt à présenter le point de vue étayé de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Le rapport examine en outre les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada. Il présente des activités, des interventions, des politiques et des programmes éprouvés ou prometteurs pouvant servir de modèles et donner lieu à une collaboration ou une

Introduction

intervention des gouvernements, des administrations, des organisations, des collectivités et des citoyens. Enfin, il met en lumière les domaines auxquels le Canada devrait s'attaquer en priorité afin d'instaurer les conditions les plus propices à la santé et au développement des jeunes et des jeunes adultes.

Qu'est-ce que la santé publique?

La santé publique mise sur la prévention des maladies et sur le maintien d'un niveau de santé optimal. Elle s'intéresse principalement à la promotion de la santé, et non au traitement des maladies comme telles. En aidant la population à garder la santé, le système de santé publique contribue à réduire, dans une certaine mesure, les pressions exercées sur le système de soins hospitaliers et de soins de courte durée[4-6].

Les responsabilités suivantes relèvent également de la santé publique :

- assurer la qualité des aliments, de l'eau et de l'air (p. ex., les services d'inspection sanitaire);
- promouvoir des mesures et des comportements bénéfiques pour la santé (p. ex., les programmes d'abandon du tabagisme, la saine alimentation ainsi que la prévention et le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie);
- assurer l'accès à des services d'assainissement élémentaires (p. ex., l'épuration des eaux usées);
- prévenir les blessures et les maladies (p. ex., la vaccination);
- assurer la surveillance, l'analyse, le diagnostic et la reddition de comptes quant aux risques et aux facteurs de risque (p. ex., surveiller l'évolution de maladies telles que la grippe pour en détecter les éclosions et déterminer les facteurs de risque au sein de la population);
- déterminer et modifier les conditions communautaires néfastes et promouvoir des collectivités saines (p. ex., examiner les repercussions que peut avoir sur la santé le manque d'aires récréatives, de logements sécuritaires, de services d'éducation et de services de garde)[5-8].

La **santé publique** se rapporte aux efforts organisés déployés par une société dans le but de prévenir les blessures, les maladies et les décès prématurés et d'aider la population à se maintenir en bonne santé. La santé publique regroupe des politiques, des programmes et des services conçus pour promouvoir et assurer la santé des Canadiens[7].

La santé publique intervient également sur plusieurs facteurs qui relèvent ou non du système de santé et qui influencent ou déterminent l'état de santé de la population canadienne. Le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité et l'alphabétisme, le développement de la petite enfance et la santé en milieu de travail en sont quelques exemples[9-14]. Elle s'assure ainsi d'offrir à tous un accès équitable aux conditions essentielles à une bonne santé, que ces conditions relèvent ou non du système de santé publique.

De qui est-il question dans ce rapport?

Même si le rapport porte principalement sur la santé et le bien-être des jeunes de 12 à 19 ans et des jeunes adultes de 20 à 29 ans, il s'adresse à tous les Canadiens. En effet, chacun a un rôle à jouer et peut bénéficier d'un environnement sain. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont bien souvent synonymes de santé et de mieux-être. Toutefois, cette période est aussi marquée par une importante transition sur les plans biologique, psychologique, économique et social. En effet, c'est généralement à ce moment que les gens adoptent des attitudes et des comportements qu'ils garderont toute leur vie et qui détermineront leur état de santé et de bien-être futur. Les mesures et les interventions qui s'adressent aux jeunes et aux jeunes adultes peuvent avoir un effet durable sur leur santé, leur indépendance et leur capacité à trouver un emploi gratifiant et productif.

Le terme *Canadien* désigne toute personne qui réside dans les limites géographiques du Canada. Lorsque des données concernant certains groupes en particulier sont disponibles, des termes précis sont alors utilisés par

souci de clarté. Par exemple, le terme *Autochtones* se réfère précisément aux Inuit, aux Métis et aux membres des Premières nations[16]. Le rapport contient également des termes génériques, tels que *jeunes et jeunes adultes*. Bien qu'il n'existe aucune définition universelle pour ces deux termes, le rapport s'appuie sur un ensemble de données, de mesures de santé publique et de questions de santé qui concernent justement ces groupes d'âge. Par conséquent, aux fins du présent rapport, le terme *jeunes* désigne les adolescentes et les adolescents âgés de 12 à 19 ans, alors que le terme *jeunes adultes* fait référence aux jeunes femmes et aux jeune hommes âgés de 20 à 29 ans. Lorsque les données pour ces deux groupes d'âge en particulier ne sont pas disponibles, le rapport en fait mention dans le but de marquer les différences et d'éliminer ainsi les ambiguïtés.

De quoi le rapport traite-t-il?

Le rapport se divise en plusieurs chapitres, dont le contenu est résumé ci-dessous.

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique
Le chapitre 2 aborde le concept de trajectoire de vie et de déterminants de la santé chez les jeunes et les jeunes adultes en période de transition. Il met également en lumière les changements qui ont été apportés, entre autres, dans les secteurs de la santé publique, de l'éducation et de l'emploi.

Le terme **Autochtones** désigne les premiers peuples d'Amérique du Nord ainsi que leurs descendants. La *Loi constitutionnelle* de 1982 reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens, les Inuit et les Métis, chacun se distinguant des autres par son patrimoine, sa langue, ses pratiques culturelles et ses croyances spirituelles[15, 16]. Le terme *Premières nations*, plus récent, désigne les Indiens inscrits et non inscrits[15].

Le terme **immigrant** s'applique à toute personne née à l'étranger qui a obtenu le droit de s'établir en permanence au Canada. Ce terme peut également désigner toute personne née au Canada de parents ressortissants étrangers ou encore tout Canadien de naissance né à l'étranger de parents canadiens[17].

Le terme **minorité sexuelle** désigne tout groupe dont l'identité, l'orientation, les pratiques ou les désirs sexuels diffèrent de ceux de la société en général. Ce terme s'applique également aux membres d'un groupe dont l'identité de genre ne correspond pas à la perception traditionnelle de l'homme et de la femme, comme les personnes transgenres[18-21]. Comportant de nombreux synonymes, ce groupe est souvent désigné par l'acronyme *LGBTQ*, qui signifie « lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement[22] ».

Les **jeunes de la rue** se définissent de bien des façons, mais une constante demeure : leurs conditions de vie précaires. Ils répondent à certains critères de pauvreté, comme un logement inadéquat, une alimentation déficiente ou insuffisante, une sécurité personnelle fragile et une vulnérabilité émotionnelle et psychologique[23-25].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada
Le chapitre 3 dresse le profil démographique des jeunes et des jeunes adultes au Canada et s'intéresse à leur état de santé physique et mentale. Il examine les déterminants socioéconomiques de la santé et leur incidence sur la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes. Il aborde en outre les risques auxquels ceux-ci s'exposent, notamment par leurs comportements sexuels ou par leur consommation et leur abus de substances nocives.

Introduction

Rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

L'administrateur en chef de la santé publique :

- est l'administrateur général de l'Agence de la santé publique du Canada; il rend compte au ministre de la Santé;
- est le premier professionnel de la santé publique du gouvernement fédéral; il offre au ministre de la Santé et au gouvernement du Canada des conseils en la matière;
- gère les activités quotidiennes de l'Agence de la santé publique du Canada;
- collabore avec d'autres gouvernements, compétences, organismes, organisations et pays sur des dossiers reliés à la santé;
- s'adresse à la population canadienne, aux professionnels de la santé, aux intervenants et au public sur des sujets reliés à la santé de la population;
- est tenu par la loi de soumettre au gouvernement du Canada des rapports annuels sur l'état de la santé publique au Canada;
- rend compte de tout enjeu de santé, au besoin[3].

En cas d'urgence de santé publique, telle qu'une éclosion de maladie infectieuse ou une catastrophe naturelle, l'administrateur en chef de la santé publique :

- informe et conseille la ministre canadienne de la Santé et d'autres intervenants, s'il y a lieu;
- collabore avec les homologues d'autres ministères, autorités ou pays, ainsi qu'avec des experts et des représentants élus, à la diffusion d'information à l'intention des Canadiens;
- dirige le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada dans son travail de planification et d'intervention en situation d'urgence;
- coordonne l'échange d'information et la planification des interventions avec les scientifiques et les experts du gouvernement fédéral ainsi qu'avec les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires du Canada[3].

Créer des transitions saines
Le chapitre 4 met en évidence les mesures qui peuvent être prises pour maintenir ou améliorer les conditions de vie des jeunes et des jeunes adultes au Canada. Il cite en exemple des interventions, des politiques et des programmes qui semblent prometteurs ou qui ont fait leurs preuves au Canada ou à l'étranger. Il présente également une série de mesures qui ont été mises de l'avant dans le but de s'attaquer aux problèmes des jeunes et des jeunes adultes au pays, notamment les blessures, les comportements sexuels à risque, les problèmes de santé mentale ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives.

Aller de l'avant – Mesures prioritaires
Le chapitre 5 offre un résumé des chapitres précédents et suggère des stratégies à adopter. Il présente les principales sphères d'intervention et propose une série de recommandations et d'engagements de nature à favoriser une saine transition vers l'âge adulte.

Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada a pour objectif premier de promouvoir et d'améliorer la santé de la population canadienne et d'aider à réduire les pressions exercées sur le système de santé. Les principales responsabilités de l'Agence de la santé publique du Canada sont les suivantes :

- promouvoir la santé;
- prévenir et contrôler les maladies chroniques et les blessures;
- prévenir et contrôler les maladies infectieuses;
- se préparer et intervenir en cas d'urgence en santé publique;
- être une plaque tournante favorisant la diffusion du savoir-faire canadien dan le reste du monde;
- appliquer aux programmes de santé publique du Canada les résultats des travaux internationaux de recherche et de développement;
- renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière d'élaboration de plans et de politiques en santé publique.

L'Agence collabore avec des représentants de divers ordres de gouvernement, des intervenants en santé et d'autres secteurs dans le but de promouvoir des choix de vie sains et de prémunir la population canadienne contre d'éventuels risques pour la santé [26, 27].

Introduction

Unis pour Agir

Cette année, l'Agence de la santé publique du Canada a eu l'occasion de participer à la 13e conférence annuelle « Unis pour Agir ». Axée sur l'engagement des jeunes, cette conférence est menée en partenariat avec les Centres des Jeunes Canada et la Commission des étudiants, sous la direction du Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes. La conférence de cette année a réuni près de 400 jeunes de différents milieux culturels et socioéconomiques, tant urbains que ruraux, venus discuter des principaux problèmes auxquels se heurtent les jeunes canadiens d'aujourd'hui.

La conférence portait principalement sur l'itinérance, l'engagement communautaire, les stratégies pour attirer et garder les jeunes dans les collectivités, la consommation et l'abus de substances nocives, les mesures d'intervention et de prévention du suicide, l'intimidation et le point de vue des jeunes autochtones.

La conférence incluait, en outre, une séance de discussion sur le présent rapport. Un exposé a d'abord été présenté aux participants afin de leur fournir des renseignements de base et des faits marquants concernant la santé des jeunes, en particulier la santé physique et mentale, les maladies mentales et les comportements à risque. Les jeunes participants se sont ensuite réunis en petits groupes pour discuter des faits exposés et exprimer leurs commentaires et leurs idées à propos des principaux sujets traités dans le rapport de 2011.

Il était important de faire participer les jeunes à l'élaboration du présent rapport, étant donné l'énorme contribution qu'ils apportent à leur collectivité. C'était aussi une façon de leur donner plus de pouvoir et de leur permettre de participer de manière constructive aux décisions qui ont une incidence directe sur leur vie.

Le dernier jour de la conférence, les participants ont présenté leurs recommandations et leurs réflexions. Entre autres choses, ils ont discuté de l'influence déterminante que les parents exercent sur leurs enfants ainsi que de l'importance des compétences parentales et du soutien des parents. Ils ont également échangé sur le fait que les peuples autochtones et les peuples non autochtones parviendraient à mieux comprendre leur culture réciproque si les discussions se déroulaient sous le signe du respect, de la compréhension et de la communication. De plus, les participants jugeaient important que les activités d'éducation et de sensibilisation à l'abus de substances nocives soient objectives, « honnêtes », pragmatiques et exemptes de toute forme de stigmatisation et qu'elles soient offertes aux jeunes et aux parents par des personnes qui ont elles-mêmes vécu l'expérience.

Ces recommandations, de même que les thèmes de la conférence, ont permis de recueillir des renseignements précieux pour l'élaboration du rapport de 2011. La conférence a confirmé l'importance de favoriser une bonne résilience et une bonne santé dès les premières années de vie afin d'assurer une saine transition vers l'âge adulte. Pour que le Canada progresse en tant que société, il faut que des liens se créent entre les jeunes et les adultes, notamment en favorisant la communication et le respect et en étant à l'écoute des jeunes[29].

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

CHAPITRE 2

Investir dans la santé et le bien-être, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, est une responsabilité que se partagent de nombreux secteurs de la société canadienne, y compris les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales et les organisations non gouvernementales et communautaires. Au fil des ans et grâce, en partie, aux fonds qu'il a investis dans la santé publique et dans l'amélioration de sa situation socioéconomique, le Canada a réussi à créer les conditions essentielles pour assurer la santé et la transition saine de sa population. Les efforts qu'il a déployé ont également favorisé le développement optimal des jeunes enfants. Par conséquent, de nombreux jeunes au Canada vivent aujourd'hui en bonne santé et passent de l'adolescence à l'âge adulte avec une grande maturité.

Le présent chapitre retrace certaines étapes importantes dans l'histoire de la santé publique et rappelle les nombreux succès et défis que le Canada a connus dans ses précédentes démarches pour faciliter la transition saine de l'adolescence à l'âge adulte. Il examine et définit certains termes de santé publique jugées essentielles au maintien d'une bonne santé physique et mentale tout au long du passage à l'âge adulte. Enfin, il met en évidence certaines politiques, développements et difficultés qui ont eu une influence sur la santé des jeunes et révèle quelques-uns des principaux défis qu'il reste à relever.

Santé publique et trajectoire de vie

La trajectoire de vie est le parcours suivi par une personne, de la naissance à la mort[30, 31]. Cette trajectoire peut changer ou évoluer à chacune des étapes de la vie en fonction de facteurs biologiques, comportementaux, psychologiques et sociaux qui, en interagissant, ont des répercussions – positives ou négatives – sur la santé[30, 31]. Les normes sociales (par exemple, les expériences de vie, les normes culturelles et les rôles sociaux) peuvent également avoir une incidence sur le parcours de vie[30]. C'est pourquoi, dans un groupe donné, les différentes étapes de la vie ne se déroulent pas nécessairement au même moment ni au même rythme. Les jeunes et les jeunes adultes vivent donc, chacun à leur façon, les différentes étapes de la vie, et la frontière entre l'enfance et l'adolescence ou entre l'adolescence et l'âge adulte varie d'une personne à une autre[31-33].

En santé publique, le modèle basé sur la trajectoire de vie présente un intérêt parce qu'il aide à comprendre le lien entre le temps, l'exposition à un ou plusieurs facteurs, les expériences de vie et leurs répercussions sur la santé à long terme. Il peut également aider à cerner et à interpréter les tendances qui caractérisent la santé d'une population et les liens qui existent entre les différentes étapes de la vie[30, 31, 33-35]. Ce modèle permet en outre de créer les conditions essentielles qui assurent à la population un niveau de santé et de bien-être optimal[31, 33, 34].

Transitions de vie des jeunes et des jeunes adultes

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est une étape importante du développement humain. Ce passage se caractérise généralement par l'arrivée de la puberté (changements d'ordre psychologique et biologique)[30, 32]. C'est au cours de cette période que les rôles sociaux et les relations avec les autres évoluent et que l'on commence à prendre ses distances par rapport aux adultes (par exemple, les parents et les enseignants) pour plutôt se fier au jugement et à l'autorité de ses pairs. Au Canada, c'est aussi à ce moment que les jeunes gagnent en autonomie et en indépendance et qu'ils commencent à mieux

comprendre qui ils sont et qui ils souhaitent devenir[32, 37]. Le passage à l'âge adulte est également marqué par des expériences et des aspirations nouvelles à mesure que les jeunes et les jeunes adultes évoluent, se développent et parcourent les différentes étapes de la vie (par exemple, la fin des études, le premier emploi à temps plein).

Les jeunes d'aujourd'hui franchissent les différentes étapes vers l'âge adulte à des moments, dans un ordre et avec une facilité qui varient de plus en plus[30, 39]. Ils suivent désormais des parcours diversifiés et moins convenus, ce qui entraîne des changements dans les étapes de vie et dans les tendances traditionnellement associées à ces deux groupes d'âge[31-33]. En effet, comparativement aux générations qui les ont précédés, les jeunes au Canada mettent généralement plus de temps à franchir les différentes étapes de la vie et retardent ainsi leur passage à l'âge adulte. Cette tendance, qui s'observe également dans la plupart des pays industrialisés, se manifeste par le prolongement des études, l'entrée tardive sur le marché du travail à temps plein, le départ tardif du domicile parental ainsi que par le report du mariage, de la cohabitation et de la procréation[37, 38, 40]. Les choix qui s'offrent aux jeunes et aux jeunes adultes d'aujourd'hui et les occasions qu'ils ont de grandir, de se développer, d'apprendre et d'évoluer vers leur rôle d'adulte se multiplient, ce qui a pour effet de modifier leur parcours de vie ainsi que les possibilités et les risques qui se présentent à eux à l'approche de l'âge adulte[38, 40].

La situation n'est toutefois pas la même pour tous les jeunes au Canada. En effet, pour les jeunes et les jeunes adultes vulnérables, c'est-à-dire ceux qui sont aux prises avec des difficultés supplémentaires et disposent de peu de soutien, cette période de transition peut s'avérer particulièrement complexe (voir la section intitulée « Inégalités dans la santé des jeunes et des jeunes adultes vulnérables »)[39].

Facteurs influant sur la santé

Les déterminants de la santé ont une incidence directe ou indirecte sur la santé tout au long de la vie et jouent un rôle crucial dans l'atteinte d'un niveau de santé et de bien-être optimal[10, 41-44]. Cependant, la santé est aussi le résultat de comportements individuels. Même si les comportements que l'on adopte reposent sur des choix personnels, ces choix sont eux-mêmes influencés par les déterminants de la santé. L'interaction complexe de ces déterminants peut avoir des répercussions sur la santé, les transitions de vie et le développement individuel et collectif[41, 45].

Certains facteurs sociaux et économiques, tels que le niveau de revenu, le niveau de scolarité et l'emploi, peuvent influencer ou déterminer la santé d'une population ou d'une collectivité[11, 45]. Communément appelés *déterminants sociaux de la santé*, ces facteurs dépendent de la place qu'un individu occupe dans la société et des circonstances dans lesquelles il naît, vit, travaille, se divertit, interagit et vieillit[46]. Ces facteurs sont souvent liés à la richesse, à au statut social et à l'accès aux ressources qui, à leur tour, influencent les choix et les politiques et, à terme, entraînent des écarts dans l'état de santé des individus et des populations[46].

Les comportements individuels et l'environnement social (la famille, les pairs, l'école, le milieu de travail et la collectivité) peuvent également avoir une incidence sur la santé et le parcours de vie des jeunes et des jeunes adultes[10]. Les expériences de vie positives et les liens sociaux qui s'acquièrent pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte contribuent à l'atteinte et au maintien de la santé et du bien-être en général[10, 47]. Il a en effet été établi que la participation à des activités de croissance personnelle, dans un contexte communautaire ou parascolaire, avait des effets bénéfiques sur le bien-être, le développement social, la réussite scolaire et le maintien de l'intérêt pour l'école, et entraînait une réduction des comportements à risque[48]. De même, les amitiés solides sont souvent associées à une bonne santé émotionnelle et à une bonne capacité d'adaptation sociale et, par conséquent, peuvent avoir une incidence sur la fréquence des comportements positifs ou négatifs que les jeunes adultes adoptent en matière de santé[45].

Inégalités dans la santé des jeunes et des jeunes adultes vulnérables

Les Canadiens ne jouissent pas tous d'une bonne santé. Certains sont confrontés à des risques ou se heurtent à des difficultés sociales et économiques susceptibles de nuire à leur santé[49-51]. De façon générale, l'état de santé augmente à mesure que l'on s'élève dans l'échelle

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

Déterminants de la santé

- Niveau de revenu et le statut social
- Réseaux de soutien social (p. ex., la famille, les pairs)
- Niveau de scolarité et l'alphabétisme
- Emploi et conditions de travail
- Environnement social (p. ex., la collectivité, le milieu de travail)
- Environnement physique (p. ex., le logement)
- Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle
- Développement de la petite enfance
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Genre
- Culture (p. ex., les Autochtones, l'identité ethnique et culturelle)[41]

socioéconomique[49, 51, 52]. Autrement dit, les personnes à revenu modeste, qui présentent un faible niveau de scolarité, qui vivent ou travaillent dans des conditions difficiles et qui ont un accès limité à des services de santé, de soutien social ou d'aide à la petite enfance sont plus exposées à des problèmes de santé physique et mentale que les personnes de milieux favorisés[41, 42, 49, 51]. D'autant plus que ces personnes sont moins portées à participer à des activités communautaires et parascolaires, reconnues comme étant bénéfiques pour la santé[53, 54]. Ces écarts observés dans l'état de santé d'une population sont communément appelés *inégalités en matière de santé*.

On appelle **inégalités en matière de santé** les écarts observés dans l'état de santé individuel ou collectif. Ces inégalités peuvent être le fruit du hasard ou être le résultat de décisions ou de facteurs génétiques et biologiques, mais, bien souvent, elles sont générées par un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé, comme le niveau de revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les réseaux de soutien social[49, 55].

Une situation socioéconomique précaire et un accès inégal aux soins de santé, à l'éducation, à l'emploi et au logement peuvent être à l'origine des inégalités en matière de santé tout au long de la vie, y compris à l'adolescence et au début de l'âge adulte[41, 56]. Les écarts résultant d'un contexte socioéconomique défavorable peuvent, en effet, avoir des répercussions sur la vie des jeunes et des jeunes adultes en influençant ou en limitant les choix, les possibilités et les obstacles qui se présentent à eux et, ultimement, en réduisant leur capacité à mener une transition saine et réussie vers l'âge adulte[56]. L'exclusion sociale, qui résulte parfois de comportements discriminatoires, peut aussi donner lieu à des inégalités en matière de santé. Par exemple, les personnes vulnérables peuvent voir s'intensifier leurs sentiments de détresse, de désespoir, de désaffection et de méfiance lorsqu'elles sont victimes d'exclusion sociale et qu'elles vivent dans des conditions socioéconomiques défavorables. Par conséquent, elles deviennent plus susceptibles d'adopter des comportements malsains ou dangereux[57-59].

Les jeunes au Canada forment un sous-groupe de la population qui se distingue des autres sur bien des aspects, que ce soit par leur niveau de scolarité, leur niveau de revenu, leurs conditions de vie, leur situation géographique, leur situation d'emploi, leurs capacités, leur âge, leur sexe, leur genre, leur orientation sexuelle, leur appartenance autochtone ou leur identité ethnique et culturelle. Ces différences, qui les exposent à des risques et à des facteurs de stress, les rendent aussi plus vulnérables aux problèmes de santé[44]. En s'attaquant aux inégalités en matière de santé dès les premières années de vie, on peut aider les jeunes à atteindre un niveau de santé optimal au cours de leurs années de développement. En effet, on peut atténuer ou éliminer les mauvaises habitudes, réduire les comportements à risque et faciliter le passage d'une étape de vie à une autre de sorte que les jeunes puissent garder la santé tout au long de leur vie[10, 60]. Puisque les comportements en matière de santé sont déterminés, entre autres, par la situation socioéconomique, il est essentiel de bien comprendre les inégalités en matière de santé afin de mieux protéger les plus vulnérables.

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

Promotion d'une saine transition au Canada

Examiner les nombreux succès et défis que le Canada a connus dans ses précédentes démarches pour favoriser une saine transition chez les jeunes et les jeunes adultes n'est pas une tâche facile. Cela exige que l'on tienne compte des principaux progrès et investissements sociaux qui ont été réalisés au cours des 100 dernières années pour assurer la santé de la population canadienne. Il faut aussi considérer les progrès et les investissements qui concernaient directement les enfants, puisque, par effet cumulatif, ceux-ci ont eu des répercussions sur la santé qui se sont amplifiées avec les années[30]. Les événements, les expériences et les changements qui surviennent tout au long de la vie ont, évidemment, une incidence importante sur la santé, mais c'est principalement pendant l'enfance qu'il est primordial d'établir les conditions essentielles à la santé et au bien-être. Comme l'indique le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009*, établir les bases d'une vie en santé dès les premières années de vie favorise la santé à long terme. Le Canada a d'ailleurs réalisé d'énormes progrès pour aider les enfants à s'engager dès le départ sur la voie de la santé et pour promouvoir et favoriser une saine transition de l'adolescence à l'âge adulte[30]. Il a également déployé de nombreux efforts pour améliorer directement la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes[30].

La section qui suit présente un bref historique des progrès réalisés dans le domaine de la santé publique. Pour un aperçu détaillé de l'évolution de la santé publique au Canada, veuillez consulter les *Rapports de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2008, 2009* et *2010*[30, 36, 49].

De 1900 à 1950

Il faut remonter au début du XX[e] siècle avant que la santé et le bien-être des enfants et des jeunes au Canada ne deviennent une source de préoccupation. À ce moment-là, la population commence tout juste à s'intéresser à la santé publique et aux conditions d'hygiène et de salubrité. Cette période marque aussi les débuts de la vaccination et les premiers examens médicaux en milieu scolaire[30, 49, 61-63]. Les jeunes et les jeunes adultes sont victimes de nombreuses blessures et maladies qui surviennent généralement dans des milieux de travail non sécuritaires ou qui sont occasionnées par des métiers dangereux. Des mesures sont alors mises en place en vue de réglementer les conditions et les normes de travail et ainsi assurer la santé et la sécurité de tous les travailleurs[64]. Le travail des enfants et des jeunes fait également l'objet de mesures législatives afin de prémunir les jeunes contre des conditions de travail difficiles et les encourager à poursuivre leurs études[65, 66]. D'ailleurs, à partir de 1910, l'école est rendue obligatoire dans de nombreuses provinces canadiennes[67].

Pendant la Première Guerre mondiale, les infections transmissibles sexuellement (ITS) – en particulier la syphilis et la gonorrhée – représentent un grave problème de santé publique, puisque le diagnostic s'avère souvent peu concluant et le traitement, inefficace. L'éducation en santé publique est alors apparue comme une bonne façon de s'attaquer au problème. C'est ainsi qu'on a créé, en 1919, le *Canadian National Committee for the Control of Venereal Diseases*. L'idée de diffuser, dans les écoles et les universités, de l'information sur la santé sexuelle, y compris sur les ITS, s'est donc répandue en Amérique du Nord. À l'époque toutefois, l'intégration de la santé sexuelle dans les programmes d'enseignement était source de nombreux débats[61].

En raison de la dévastation semée par la Première Guerre mondiale et par la crise de 1929, les priorités en santé publique sont redéfinies dans les années 1920 et 1930, dictées par le besoin urgent d'améliorer la santé infantile et maternelle, de rehausser les conditions d'hygiène dans les maisons et les écoles, d'accroître la salubrité des aliments (notamment par la pasteurisation du lait), de lutter contre les éclosions de maladies infectieuses (par exemple, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la polio) et d'instaurer, à la grandeur du pays, de nouveaux programmes de prévention et d'éducation en santé sexuelle. À mesure que le Canada s'industrialise et passe d'une société rurale à une société urbaine, ses fondements sociaux et économiques commencent aussi à évoluer, et la santé des enfants et des jeunes en milieu rural suscite un grand intérêt. En effet, dans les milieux ruraux, les services de santé publique sont limités, les examens médicaux en milieu scolaire se font rares, les logements sont généralement peu salubres

et la plomberie est souvent en mauvais état ou tout simplement inexistante. Malgré des problèmes de santé publique évidents, la crise de 1929 freine les efforts d'industrialisation et de modernisation, ce qui a pour effet de nuire à la prestation des services de santé publique et à la mise en place d'une infrastructure adéquate. Pendant les dix années qui suivront, bon nombre de ces problèmes persisteront ou même s'aggraveront[61].

Pendant et après la Seconde Guerre mondiale, de nombreux Canadiens n'ont pas accès à des aliments de bonne qualité ou n'ont pas les moyens de s'en procurer[61]. Par conséquent, en 1942, un premier guide alimentaire canadien est présenté au public. Connu sous le nom de *Règles alimentaires officielles au Canada*, ce guide vise à améliorer la santé de la population canadienne et à prévenir les carences alimentaires malgré le rationnement des vivres en temps de guerre[68]. La production, la transformation et la distribution des aliments, en particulier ceux qui sont préemballés et prêts à être consommés, deviennent un sujet de préoccupation. Une fois de plus, on confie aux écoles publiques le soin de renseigner les jeunes sur la façon sécuritaire d'apprêter les aliments et d'en vérifier la salubrité. Cependant, le recours à de nouveaux procédés chimiques, biologiques et technologiques pour préserver la qualité des aliments et prolonger leur durée de conservation fait en sorte qu'il devient de plus en plus difficile d'en évaluer la salubrité. Mais il n'y a pas que l'alimentation qui soulève des préoccupations : une vaste campagne de sensibilisation et de promotion de l'activité physique est menée à l'échelle nationale dans le but de promouvoir de saines habitudes de vie chez les enfants et les jeunes. Le gouvernement du Canada adopte, en 1943, la *Loi sur l'aptitude physique nationale*, qui établit le Conseil national d'aptitude physique, et accorde aux provinces des subventions afin de les aider à financer les activités locales d'éducation en santé[61].

De 1950 à aujourd'hui

La Seconde Guerre mondiale terminée, le Canada voit sa population active et son taux d'industrialisation augmenter à un rythme sans précédent. L'apparition de nouvelles technologies et la disparition progressive des emplois non spécialisés rendent le marché favorable aux travailleurs qualifiés[40, 61, 69]. En effet, la restructuration des

milieux de travail incite les travailleurs à se spécialiser et à devenir plus flexibles et plus polyvalents dans le but de suivre la croissance économique et la hausse de la productivité[70]. Pour acquérir les connaissances, l'expérience et les compétences requises et s'assurer une place sur le marché du travail, de nombreux jeunes s'inscrivent à des études postsecondaires[70]. Cependant, bon nombre d'entre eux ont du mal à payer leurs droits de scolarité et à trouver un emploi à la fin de leurs études[37].

Aussi bien à l'époque qu'aujourd'hui, l'éducation constitue un investissement nécessaire mais coûteux dans l'avenir des jeunes adultes[37]. Alors que les études postsecondaires gagnent en popularité et que les droits de scolarité augmentent, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux multiplient les efforts pour aider les Canadiens à mener leurs études à terme et à en assumer les coûts. C'est ainsi qu'est créé, en 1964, le Programme canadien de prêts aux étudiants, qui vise à offrir une aide financière aux étudiants ayant des besoins reconnus afin qu'ils puissent poursuivre leurs études postsecondaires[71]. Des prêts et des bourses d'études sont également disponibles auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux, du secteur privé et des institutions financières du Canada.

À la fin de leurs études, de nombreux finissants n'arrivent pas à trouver un emploi et se heurtent à un même dilemme : leur manque d'expérience les empêche d'accéder au marché du travail, mais sans emploi il leur

est impossible de parfaire leurs compétences[72]. Et la situation ira en empirant en temps de crise économique, la forte concurrence les obligeant à se démarquer des autres chercheurs d'emploi[73]. Heureusement, à partir de 1968, les étudiants et les nouveaux diplômés auront accès à de nouvelles mesures de création d'emplois, comme les Centres Service Canada pour les jeunes, et auront ainsi la possibilité d'acquérir des compétences et de l'expérience[74].

Cependant, la présence massive des jeunes sur le marché du travail, que ce soit à temps partiel pour payer leurs études postsecondaires ou à temps plein une fois leur diplôme en main, rappelle l'urgence de prévenir les blessures en milieu de travail. Les provinces et les territoires adoptent, dès lors, des lois et des règlements visant à interdire ou à limiter l'accès des enfants et des jeunes à des emplois susceptibles de mettre en péril leur vie, leur santé, leurs études ou leur développement physique. Puis, d'autres lois provinciales et territoriales rendront obligatoire la fréquentation scolaire (au moins jusqu'à 16 ans), imposeront des restrictions sur les heures de travail et établiront un salaire minimum[75, 76]. Le gouvernement fédéral a lui aussi à cœur la santé et la sécurité des travailleurs et met de l'avant une série de mesures législatives, notamment le *Code canadien du travail*, le *Règlement sur la santé et la sécurité au travail*, le *Règlement du Canada sur les normes du travail* et le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail. Puis, on voit naître un peu partout au pays des organismes, tels que le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, qui misent sur l'éducation et la formation pour promouvoir la santé et la sécurité au travail[77-82]. Depuis quelques années, des mesures de sensibilisation à la sécurité et à la prévention des blessures en milieu de travail sont conçues expressément pour les jeunes travailleurs (par exemple, la Zone des jeunes travailleurs)[77, 83].

Dans les années 1960, la route fait de plus en plus de victimes, forçant l'adoption, au cours des années 1970 et 1980, de nombreuses mesures de sécurité routière, notamment le port obligatoire de la ceinture de sécurité, la sensibilisation à la conduite sécuritaire et l'application stricte du *Code de la route*[61, 84]. Ces efforts porteront leurs fruits, puisque le nombre de décès sur les routes diminuera dans les décennies qui vont suivre[85, 86]. Dans certaines provinces, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, des programmes d'apprenti conducteur sont mis en place pour permettre un apprentissage progressif des règles de conduite sécuritaire. D'autres provinces et territoires établissent, quant à eux, un âge légal pour conduire, généralement fixé à 16 ans, espérant ainsi améliorer la sécurité de tous les usagers de la route[87-91]. Pour leur part, les apprentis conducteurs sont encouragés à suivre des cours de conduite certifiés afin de s'initier à la prudence au volant et de développer de bonnes aptitudes de conduite. Plus récemment, certains gouvernements provinciaux et territoriaux, comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, ont resserré les normes applicables aux écoles de conduite, aux moniteurs d'autoécole et aux cours pour débutants[92-95].

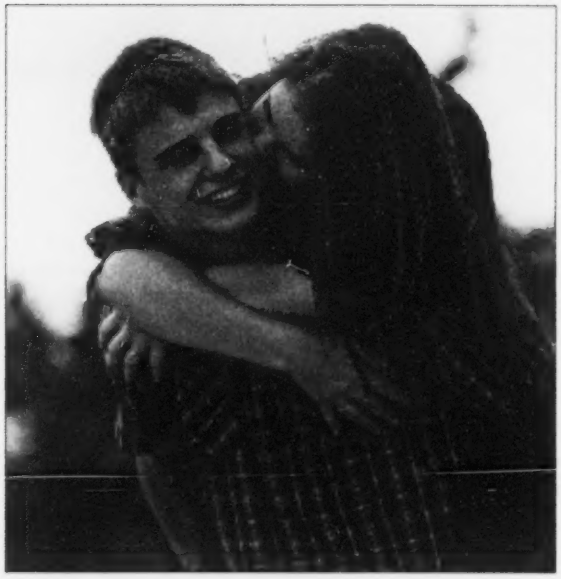
Entre-temps, les campagnes contre l'alcool au volant prennent de l'essor et attirent de plus en plus l'attention. Des programmes tels que *Reduce Impaired Driving Everywhere* et *arrive alive DRIVE SOBER*, en Ontario, misent sur des techniques de marketing social et de sensibilisation pour favoriser le respect des lois et des règles de sécurité routière et, parallèlement, changer les perceptions à l'égard de l'alcool au volant[61, 96, 97]. Les mères contre l'alcool au volant, *Students Against Destructive Decisions* et d'autres organismes de sensibilisation voient également le jour. Ces organismes visent à réunir des dirigeants, des éducateurs et des citoyens dans le but de former un réseau de prévention et de sensibilisation[98, 99]. Malgré tous les efforts déployés, la conduite avec les facultés affaiblies demeure un problème chez les jeunes conducteurs[100, 101]. Depuis peu, certains gouvernements provinciaux et territoriaux ont aussi passé une loi qui interdit l'utilisation d'appareils portatifs au volant dans l'espoir de combattre la conduite inattentive et de réduire le nombre de blessures et de décès qui en résultent[102].

Les décennies suivantes sont marquées par l'apparition ou l'intensification de divers problèmes de santé publique. C'est en effet au début des années 1980 que le Canada rapporte ses premiers cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cette maladie, qui est causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sévit d'abord chez les hommes homosexuels et chez les personnes infectées par des produits sanguins contaminés. Le

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

CHAPITRE 2

Canada tente d'abord de surmonter la crise en sécurisant ses approvisionnements en sang[103]. Malgré la création de petits organismes communautaires de lutte contre le sida, comme *AIDS Vancouver* et *AIDS Committee of Toronto*, les premières interventions en santé publique sont fragmentées, non coordonnées et inefficaces. Cette réticence à agir s'explique en partie par les tensions sociales et les réactions que suscitent l'homosexualité, la distribution de condoms dans les écoles et l'éducation sur la santé sexuelle[61, 103]. Devant la menace croissante du sida, tous les ordres de gouvernement, les spécialistes de la santé, les chercheurs, les organismes non gouvernementaux et les bénévoles décident de se mobiliser[103, 104]. Partout dans le monde, la pandémie du sida donne lieu à des campagnes de sensibilisation et à de nouveaux traitements pour soulager les personnes atteintes[61, 103-105]. Il devient alors évident qu'en plus des conditions biologiques, des facteurs sociaux, économiques et politiques influent sur la propagation du VIH et sur ses répercussions dans la population[103]. Le gouvernement fédéral prend alors conscience de la nécessité d'une stratégie plus solide et mieux coordonnée pour lutter contre le VIH/sida et lance, au début des années 1990, la Stratégie nationale sur le sida. Celle-ci sera remplacée, en 1998, par la Stratégie canadienne sur le VIH/sida[106].



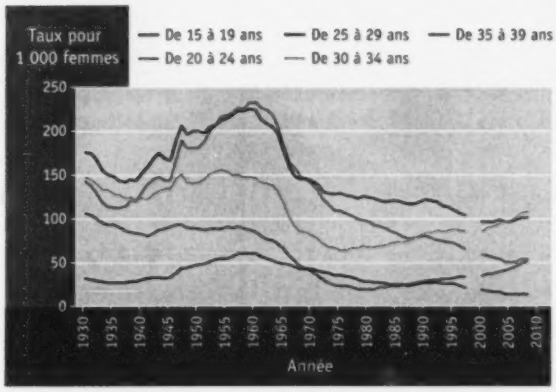
Depuis la Seconde Guerre mondiale, on assiste à une diminution progressive du taux de naissance et du taux de grossesse chez les adolescentes[107, 108]. L'accessibilité et l'utilisation accrues des méthodes de contraception, l'évolution des mentalités, la légalisation de l'avortement et la prise de conscience des risques associés aux relations sexuelles non protégées expliquent en partie cette diminution[61, 109-112]. Au Canada, les ministères de la Santé décident d'intégrer aux soins généraux des programmes de santé sexuelle et reproductrice afin d'offrir à l'ensemble de la population canadienne, y compris aux jeunes adultes, des services d'information, de consultation et de sensibilisation ainsi que d'autres services pertinents[109]. La Fédération pour le planning des naissances du Canada (connue aujourd'hui sous le nom de Fédération canadienne pour la santé sexuelle) ainsi que d'autres organismes de défense des droits veilleront, par la suite, à poursuivre ce travail de conscientisation et de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductrice[113].

À l'époque, les investissements sociaux visent principalement l'éducation et l'emploi, ce qui fait que de plus en plus de jeunes adultes tardent à se marier et à fonder une famille[38]. Ils préfèrent en effet parfaire leur éducation et acquérir les connaissances et les compétences qui leur assureront un emploi et une stabilité financière[32, 37, 38, 70]. Depuis les années 1960, les femmes sont de plus en plus présentes dans les établissements d'enseignement postsecondaire, au point d'être aujourd'hui plus nombreuses que les hommes à poursuivre des études postsecondaires[114]. Cependant, leur fréquentation scolaire prolongée et leur forte présence sur le marché du travail les poussent à reporter la naissance de leur premier enfant, ainsi les tendances concernant l'âge de la procréation[37, 38, 114]. Au Canada, le taux de fécondité selon l'âge a, en effet, considérablement changé au cours des 50 dernières années (voir la figure 2.1), et celui des jeunes femmes est en baisse depuis le début des années 1960[108, 115, 116]. Cette nouvelle réalité s'explique par le fait que, désormais, de plus en plus de femmes attendent la trentaine avant de donner naissance à leur premier enfant[108, 115, 116].

Le taux d'inscription aux études postsecondaires a beaucoup augmenté depuis que les établissements d'enseignement privés et publics offrent divers titres de compétences (diplômes, certificats et grades)[114, 117, 118].

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

Figure 2.1 Taux de fertilité selon le groupe d'âge, Canada, de 1930 à 2008[108, 115, 116]



Remarque : Les données du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ne sont pas disponibles avant 1950; Terre-Neuve n'apparaît pas dans les statistiques de 1930 à 1960; aucune donnée n'est accessible pour 1998 et 1999.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide de la Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada.

À l'heure actuelle, le Canada compte plus de 163 universités publiques et privées reconnues (y compris les écoles de théologie) et plus de 183 collèges et établissements publics reconnus[119]. En 1998, afin d'élargir l'accès à l'éducation postsecondaire, le gouvernement fédéral crée, pour un mandat de 10 ans, la Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire, qui vise à offrir un soutien financier aux étudiants et, en particulier, à ceux qui éprouvent des difficultés économiques et sociales[120, 121]. En 2009, il met en place le Programme canadien de bourses aux étudiants, qui vient remplacer les programmes de bourses existants. Ce programme est offert en fonction des besoins financiers et du rendement scolaire et s'adresse également aux étudiants de familles à faible revenu ou à revenu moyen, aux étudiants ayant des personnes à charge et à ceux aux prises avec une invalidité permanente[120, 122].

Même si, depuis 20 ans, les jeunes autochtones sont de plus en plus nombreux à poursuivre des études postsecondaires et à les mener à terme, ils sont toujours sous-représentés dans les établissements d'enseignement postsecondaire au Canada[123]. Historiquement, leur niveau d'éducation a été compromis par de nombreux obstacles, entre autres, la mise en place des pensionnats indiens et la pénurie d'écoles dans les milieux ruraux et dans les régions éloignées. Ces obstacles, généralement attribuables à des facteurs socioéconomiques, à des questions culturelles ou à leur situation géographique, ont eu des effets qui se répercutent encore de génération en génération[123]. Devant l'urgence d'offrir soutien et engagement à la jeunesse autochtone, le gouvernement du Canada s'est uni aux peuples autochtones et aux secteurs privé et public et a créé, en 1985, la Fondation nationale des réalisations autochtones. Cet organisme à but non lucratif travaille à promouvoir la persévérance scolaire en fournissant des services de planification de carrière, en nouant des liens avec le secteur privé et en créant des possibilités d'emploi. Grâce aux nombreuses bourses d'études qu'elle décerne, la Fondation permet, en outre, aux Autochtones et tout particulièrement aux jeunes de poursuivre leurs études et d'atteindre leurs objectifs de carrière[124]. Puis, en 1997, la Stratégie emploi jeunesse est mise de l'avant dans le but de renseigner les Canadiens âgés de 15 à 30 ans sur les choix de carrière et de les aider à acquérir de nouvelles compétences, à trouver un travail gratifiant et à conserver leur emploi. Cette stratégie regroupe entre autres les programmes Jeunesse Canada au travail et Expérience emploi été pour des étudiants Inuits et des Premières nations[72, 125, 126].

L'activité physique, les habitudes de consommation ainsi que la prévalence des maladies et des carences alimentaires chez les canadiens attirent de plus en plus l'attention des chercheurs[61]. La diminution du niveau d'activité physique chez les jeunes est désignée comme principale responsable de cette nouvelle réalité au Canada[45, 127]. Afin de s'attaquer au problème, on met en place des programmes et des services qui favorisent l'adoption à long terme de pratiques et de comportements sains (par exemple, manger sainement, rester actif et maintenir un poids santé). On publie également, en 2002, le *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes*. Ce guide, axé sur les saines habitudes de vie, montre l'importance d'une activité physique journalière et propose des mesures à prendre pour devenir plus actif[128]. La Société canadienne de physiologie de l'exercice s'intéresse elle aussi aux bienfaits de l'activité physique et publie entre autres, en 2010, les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des jeunes*[129-132]. De son côté, le gouvernement du Canada

instaure, en 2007, le crédit d'impôt pour la condition physique, qui vise à encourager la participation des jeunes de moins de 16 ans à des programmes d'activité physique. Il espère ainsi favoriser un mode de vie actif et s'attaquer aux facteurs de risque associés à l'obésité juvénile[133, 134]. Animés par le même désir de promouvoir une vie saine et active, Sport Canada et d'autres organismes reconnus, tels que le YMCA, le YWCA, les Clubs Garçons et Filles du Canada et ParticipACTION, donnent aux jeunes des occasions de pratiquer des sports récréatifs et organisés au sein de leur collectivité[135-138]. Toujours en 2007, le gouvernement du Canada publie une édition révisée de son guide alimentaire, *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien,* ainsi qu'une version adaptée aux Inuit, aux Métis et aux membres des Premières nations[139].

Promouvoir des comportements et des modes de vie sains exige également des investissements dans les activités sportives et récréatives et, notamment, dans l'amélioration des normes de santé et de sécurité. En effet, les blessures que les enfants d'âge scolaire et les jeunes adultes subissent en pratiquant un sport ou une activité récréative soulèvent de nombreuses préoccupations. C'est pourquoi, au cours des dernières décennies, des mesures de santé publique ont été mises de l'avant dans le but de réduire ou de prévenir les blessures consécutives à la pratique d'un sport ou d'une activité récréative (notamment par la réglementation des sports organisés, l'adoption de directives et de règles de sécurité dans les loisirs et le port d'un équipement protecteur)[140-143]. De nombreuses provinces ont également adopté des mesures législatives pour assurer la santé et la sécurité des jeunes. Certaines ont instauré, par exemple, le port obligatoire du casque afin de réduire les blessures à la tête et les décès liés aux accidents de vélo[144-147]. La Société canadienne de la Croix-Rouge (Services de sécurité aquatique), Sauve-qui-pense, SécuriJeunes Canada, Pensez d'Abord Canada et d'autres organismes voués à la promotion de l'activité physique et de la sécurité ont aussi entrepris un important travail de sensibilisation auprès des jeunes et des jeunes adultes grâce à la recherche, l'éducation et la défense des droits[148-151].

Promouvoir de saines habitudes de vie, c'est aussi lutter contre la prévalence du tabagisme au sein de la population canadienne et, en particulier, chez les jeunes

et les jeunes adultes. Si le Canada a réussi à réduire son taux de tabagisme, il le doit en partie au travail collectif des divers ordres de gouvernement. Les mises en garde contre la dépendance au tabac et les données révélant les méfaits de la cigarette sur la santé des fumeurs et des personnes exposées à la fumée secondaire ont contribué à faire évoluer les opinions sur le tabac et à rendre son usage moins acceptable dans les milieux sociaux[61]. Ce changement d'attitude a donné lieu à un vaste plan d'action mené par le gouvernement fédéral dans le but de contrer les effets du tabagisme sur la santé et de réduire le taux d'initiation au tabagisme, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes[152, 153]. Dans le cadre de ce plan d'action, le gouvernement du Canada a adopté, en 1997, la *Loi sur le tabac,* qui vise à réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac grâce à de nouvelles normes de promotion et à de nouvelles mesures d'application[154]. Concrètement, la *Loi* interdit à l'industrie du tabac de cibler les jeunes dans les messages publicitaires et de commanditer des activités ou des événements destinés aux jeunes[155]. Depuis que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a été lancée, en 2001, d'autres stratégies et mesures législatives se sont ajoutées, notamment des programmes éducatifs, des mesures fiscales, des règlements sur le tabac et des règlements qui établissent un âge légal pour acheter des produits du tabac ou qui interdisent l'étalage de ces produits dans les commerces de détail. Les programmes d'abandon du tabagisme ont également permis de franchir un pas de plus vers l'apprentissage de saines habitudes de vie[153, 156-159].

Depuis quelques années, le Canada rapporte une augmentation des cas d'ITS, en particulier chez les moins de 30 ans et au sein des populations vulnérables (par exemple, les jeunes autochtones et les jeunes de la rue)[23, 160-165]. La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis constituent, en particulier, une source de préoccupation grandissante au Canada, tout comme le virus du papillome humain, une infection courante qui est responsable de certains types de cancers, de lésions cutanées et d'autres problèmes de santé[166]. Dans le but de prévenir les infections causées par les quatre souches du virus du papillome humain les plus souvent rapportées chez les filles et les femmes âgées de 9 à 26 ans, des stratégies de vaccination financées par l'État ont été mises en place à la grandeur du pays[166, 167]. On a également publié, à l'intention des cliniciens, des spécialistes de la santé publique, des décideurs et des éducateurs, l'édition 2006 des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, qui met l'accent sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des ITS[168]. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, mises à jour en 2008, proposent quant à elles une marche à suivre détaillée pour l'élaboration et l'amélioration des politiques, des programmes et des plans d'études axés sur la santé sexuelle, le but étant de répondre aux besoins variés de la population canadienne et de rendre l'information accessible à tous les Canadiens. Ces lignes directrices sont constamment mises à jour afin de refléter la situation et les risques les plus récents[22]. Le Canada veille également à fournir aux Canadiens séropositifs des diagnostics, des traitements, des soins et un soutien sécuritaires et efficaces, notamment grâce à l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH et à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, qui comprend entre autres la stratégie intitulée *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida* (2005-2010). Il s'assure ainsi de prévenir la propagation du VIH et de contribuer à l'effort mondial de lutte contre la pandémie et de recherche d'un remède[104, 105, 169-171].

Regard vers l'avenir

Au XXIe siècle, les problèmes qui affligent les jeunes et les jeunes adultes continuent d'attirer l'attention. Le Canada a déployé de nombreux efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé qui touchent tout particulièrement les jeunes et les jeunes adultes et pour les aider à effectuer une saine transition par la promotion d'un mode de vie sain, l'éducation sur la santé sexuelle et reproductrice, la prévention des blessures, l'établissement de milieux favorables et la mise en place de mesures sociales en matière d'éducation et d'emploi.

On sait que les jeunes et les jeunes adultes qui jouissent d'une bonne santé gardent généralement de saines habitudes tout au long de leur vie[30, 31, 36]. C'est pourquoi le Canada favorise les expériences positives dès les premières années de vie et continue d'investir dans des mesures susceptibles d'aider les jeunes à réussir au mieux le passage à l'âge adulte. Les mesures de santé publique mises de l'avant à l'intention des enfants et des jeunes s'appuient, dans une large mesure, sur la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* (voir l'encadré intitulé « Le Canada et la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* »)[172].

Bien que les mesures de santé publique aient permis d'améliorer considérablement la santé des jeunes au Canada, il reste d'importants défis à relever. En effet, les jeunes continuent d'adopter des comportements malsains (par exemple, la mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme) et mettent ainsi en péril leur santé et leur bien-être, de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte. L'adoption de saines habitudes est un apprentissage qui se poursuit tout au long de la vie et qui contribue à réduire le risque de développer des maladies chroniques ou de perdre la santé en vieillissant. Si le Canada veut aller de l'avant, il devra conduire ses citoyens vers une vie plus saine, c'est-à-dire une vie qui repose sur la participation sociale, l'activité physique, l'alimentation équilibrée et la diminution des risques de blessure.

Le Canada a réussi, au fil des années, à réduire son taux de tabagisme, mais le travail est loin d'être terminé. Sachant que l'expérience de la cigarette se fait généralement à l'adolescence, les campagnes de sensibilisation devraient cibler davantage les jeunes dans le but de diminuer le taux d'initiation au tabagisme et de réduire, de façon générale, la consommation de tabac[176, 177]. C'est aussi à l'adolescence que les attitudes et les comportements à l'égard de la sexualité se définissent. Il serait donc important de poursuivre le travail d'éducation

Le Canada et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

En 1991, le Canada a ratifié la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* et s'est engagé, de ce fait, à promouvoir et à assurer la santé et le bien-être de tous les Canadiens de moins de 18 ans. Fondée sur le principe de l'« intérêt supérieur de l'enfant », la *Convention* protège les droits des enfants en établissant des principes et des normes concernant les soins de santé, l'éducation et les services juridiques, civils et sociaux. Elle voit au respect et à la reconnaissance des besoins fondamentaux des enfants et de leurs droits de vivre et de se développer[172, 173].

Pour appuyer et renforcer les principes de la *Convention* et en assurer le respect, le Canada a, depuis 1991, adopté une série de mesures et mis en œuvre des lois, des programmes et des politiques qui ont contribué à améliorer la santé des jeunes[75, 173-175]. Il a notamment élaboré un ensemble de services communs destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, et ce, dans le but de respecter les droits énoncés dans la *Convention*, y compris celui de bénéficier de services médicaux (article 24). Selon les termes de la *Convention*, les États signataires sont tenus de prendre les mesures qui s'imposent afin d'assurer à tous les enfants un accès équitable aux soins de santé, de créer un service de médecine préventive et de conseiller les parents sur l'éducation des enfants[75, 172, 174, 175].

et de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductrice afin de donner aux jeunes les outils dont ils ont besoin pour faire des choix responsables et ainsi éviter les comportements sexuels à risque, les grossesses imprévues et les ITS, y compris le VIH et le sida.[178]. Même s'il est généralement reconnu, au Canada, que certains problèmes de santé sont propres aux minorités sexuelles, des efforts supplémentaires devraient être déployés afin de fournir les programmes et les services appropriés.

En continuant d'investir dans les initiatives qui favorisent l'éducation, la formation, l'emploi, la planification de carrière et le perfectionnement des compétences, on peut aider les jeunes à franchir sainement les différentes étapes de la vie. L'éducation constitue l'un des plus importants investissements que l'on puisse faire dans la vie des jeunes et des jeunes adultes, puisque l'école est, pour eux, une période de transition importante et enrichissante. En effet, ceux-ci passent une grande partie de leur vie à l'école, et l'expérience qu'ils y acquièrent influence grandement leur santé et leur développement social et émotif. L'école leur offre des possibilités d'apprendre, de s'épanouir et de vivre des expériences qui, si elles sont positives, peuvent leur assurer une bonne santé et un bien-être général tout au long de leur vie[47]. L'éducation peut également avoir une incidence sur la santé des jeunes adultes, y compris sur leur avenir financier, les emplois qui leur sont offerts, leur intégration sociale et leur participation à la société[37].

Les jeunes ont besoin, jusqu'à l'âge adulte, d'être appuyés et entourés de soins attentifs pour favoriser leur sain développement et préserver leur santé physique et mentale. C'est pourquoi il est important de bien cerner et d'examiner tous les milieux sociaux et les réseaux de soutien qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur leur santé. En effet, les jeunes et les jeunes adultes subissent l'influence de leur famille mais aussi celle de nombreux réseaux sociaux (par exemple, les pairs, l'école, le milieu de travail et les médias sociaux). Sachant que ces réseaux sont appelés à jouer un rôle déterminant dans la vie des jeunes au Canada, il serait pertinent de suivre de près l'influence que ceux-ci peuvent avoir sur les comportements et même de trouver des façons de les utiliser afin de promouvoir des comportements sains.

Les jeunes au Canada forment un segment de la population de plus en plus diversifié, et le parcours qu'ils suivent de l'enfance à l'âge adulte varie considérablement. Cela dit, certains sont prédisposés à des problèmes de santé et peuvent, de ce fait, se heurter à des défis ou des obstacles susceptibles de nuire à leur passage à l'âge adulte. Le Canada doit donc trouver des moyens de préparer tous les jeunes hommes et toutes les jeunes femmes à une saine transition. Il devra, pour ce faire, étudier l'état de santé des jeunes et des jeunes adultes en tenant compte des déterminants de la santé et de leur influence sur la santé, le développement et les transitions de vie. Les Canadiens doivent, tout au long de leur vie, avoir la possibilité de se bâtir et de maintenir une bonne santé physique et mentale.

CHAPITRE 2

Les conditions propices à une saine transition – Histoire de la santé publique

Résumé

Bien que la trajectoire de vie des jeunes au Canada ait changé au cours des 100 dernières années, la plupart des jeunes et des jeunes adultes vivent en santé et parviennent sans difficulté à assumer leurs rôles et leurs responsabilités d'adulte. Le Canada a amélioré considérablement la santé des jeunes et des jeunes adultes grâce à ses nombreuses mesures et stratégies de promotion de la santé et du bien-être. Malgré toutes ces réussites, il reste et restera toujours des défis à relever, en particulier pour les jeunes et les jeunes adultes vulnérables. Le chapitre 3 s'intéresse à l'état de santé actuel des jeunes et des jeunes adultes au Canada, y compris à leur situation socioéconomique, à leur santé physique et mentale et à leurs comportements en matière de santé.

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

CHAPITRE 3

Le présent chapitre dresse le portrait démographique des jeunes et des jeunes adultes au Canada et examine l'état actuel de leur santé physique et mentale. Il contient de l'information détaillée sur les comportements à risque pour la santé, notamment les comportements sexuels à risque ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives. Il s'attarde également aux déterminants socioéconomiques de la santé et à leur incidence sur la santé et le bien-être.

Dans bien des cas, l'état de santé des jeunes de 12 à 19 ans diffère de celui des jeunes adultes de 20 à 29 ans. On note également des différences entre l'état de santé des jeunes hommes et celui des jeunes femmes. C'est pourquoi le rapport établit des comparaisons entre les sexes et les groupes d'âge lorsqu'il est pertinent de le faire et lorsque des données sont disponibles.

Démographie sociale de la population des jeunes et des jeunes adultes

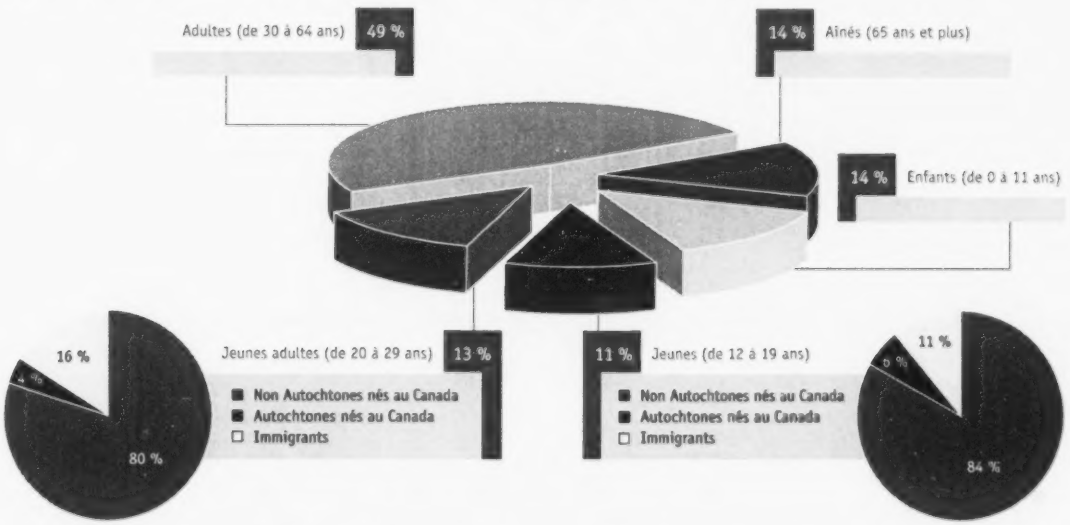
Au cours des 35 dernières années, la proportion de Canadiens âgés de 12 à 29 ans a diminué. Selon le Recensement de 2006, le Canada comptait au total 31,6 millions de personnes, dont 7,5 millions (24 %) étaient âgés de 12 à 29 ans, une diminution par rapport aux 33 % enregistrés en 1971[179, 180]. De ce nombre, 46 % étaient des jeunes et 54 % étaient des jeunes adultes (voir le tableau 3.1)[180]. Le groupe des jeunes et des jeunes adultes comptait alors 13 % d'immigrants (11 % de tous les jeunes et 16 % de tous les jeunes adultes) et 5 % d'Autochtones (6 % de tous les jeunes et 4 % de tous les jeunes adultes) (voir la figure 3.1)[181].

En 2006, la proportion de jeunes et de jeunes adultes était beaucoup plus élevée au sein de la population autochtone. En effet, le groupe des 12 à 29 ans constituait près d'un tiers (31 %) de cette population, alors qu'il comptait pour 23 % dans la population non autochtone[181, 182]. Quant à la population inuite, elle se composait à 40 % de jeunes et de jeunes adultes de 10 à 29 ans, tandis que ce groupe d'âge ne représentait que 26 % de la population non autochtone[183].

Résidence

En 2006, la plupart des Canadiens âgés de 15 à 19 ans (93 %) habitaient avec leur famille[184]. De ce groupe, plus des trois quarts (77 %) vivaient au sein d'un ménage formé d'un couple marié ou en union de

Figure 3.1 Répartition de la population selon le groupe d'âge, Canada, 2006[180, 181]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données du Recensement de 2006, Statistique Canada.

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Tableau 3.1 Données démographiques sur les jeunes et les jeunes adultes au Canada

Données démographiques	
Population âgée de 12 à 19 ans, 2006 (en milliers de personnes)	
Population	3 410,1
Autochtones	193,6
Premières nations (réponse unique)	118,5
Inuit (réponse unique)	9,6
Métis (réponse unique)	60,9
Immigrants	360,2
Population urbaine	2 658,9
Population âgée de 20 à 29 ans, 2006 (en milliers de personnes)	
Population	4 066,0
Autochtones	175,2
Premières nations (réponse unique)	101,5
Inuit (réponse unique)	8,2
Métis (réponse unique)	60,6
Immigrants	636,1
Population urbaine	3 432,0

Remarque : Pour plus de détails, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.
Source : Statistique Canada.

fait, tandis que les autres (23 %) vivaient dans des ménages monoparentaux dirigés principalement par des femmes (78 %)[185]. Les 7 % restants vivaient de façon indépendante, seuls (4 %), en couple marié ou en union de fait (2 %) ou en tant que chefs de famille monoparentale (1 %)[184].

En ce qui concerne les jeunes adultes, bon nombre d'entre eux changent de situation familiale pendant cette période de leur vie. Certains quittent le domicile parental pour fonder leur propre famille. En 2006, plus d'un tiers des jeunes adultes étaient mariés (15 %), vivaient en union de fait (18 %) ou étaient chefs de famille monoparentale (3 %)[184]. En outre, 22 % vivaient seuls ou avec d'autres personnes non apparentées[186]. Le nombre de jeunes adultes qui habitent chez leurs parents semble toutefois en hausse. En effet, en 2001, 39 % des jeunes adultes vivaient chez leurs parents, comparativement à 42 % en 2006[184, 186].

En 2006, 78 % des jeunes vivaient en milieu urbain, une légère hausse par rapport aux 75 % enregistrés dix ans plus tôt.[181, 187]. Nombreux sont ceux qui, une fois devenus de jeunes adultes, partent s'installer en région urbaine pour poursuivre des études postsecondaires et la possibilité de se trouver un emploi[188]. En 2006, 85 % de tous les jeunes adultes habitaient en région urbaine[181]. Par ailleurs, la répartition de certaines populations était bien différente entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, chez les immigrants, la plupart des jeunes (96 %) et des jeunes adultes (97 %) vivaient en région urbaine, tandis que, chez les Autochtones, c'était le cas de seulement 53 % des jeunes et 61 % des jeunes adultes[181].

Éducation, emploi et revenu

Comme il est précisé au chapitre 2, l'éducation et le revenu constituent des déterminants clés de la santé tout au long de la vie[11, 41, 189]. Le tableau 3.2 présente les indicateurs de ces déterminants pour les jeunes et les jeunes adultes. Le niveau de scolarité des parents ou des tuteurs et celui des jeunes et des jeunes adultes peuvent avoir des répercussions sur la santé. La plupart des jeunes vont à l'école et, bien que certains aient un revenu, le niveau de revenu de leurs parents ou d'autres adultes salariés du ménage constitue le principal déterminant économique de leur état de santé. Chez les jeunes adultes, le niveau de revenu personnel augmente, en particulier lorsqu'ils décrochent un emploi à temps plein après leurs études. Le niveau de revenu lié à l'occupation d'un emploi à temps plein dépend largement du niveau de scolarité et du sexe[190, 191].

Éducation

En 2009, neuf jeunes adultes canadiens sur dix avaient au moins un diplôme d'études secondaires[192]. De plus, le taux de décrocheurs (c'est-à-dire les jeunes de 20 à 24 ans qui ne fréquentent plus l'école et n'ont pas de diplôme d'études secondaires) est diminué de 16,6 % à 8,5 %

Tableau 3.2 Statut social et économique des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Statut social et économique	
Niveau de scolarité, population âgée de 20 à 29 ans, 2009 (pourcentage)	
Diplôme d'études secondaires	90,7
Études postsecondaires partielles	69,1
Diplôme d'études postsecondaires	52,9
Population active, population âgée de 15 à 29 ans, 2008	
Emploi rémunéré (pourcentage de la population)	66,9
Emploi à temps plein (pourcentage de la population active)	68,6
Emploi à temps partiel (pourcentage de la population active)	31,4
Revenu, 2008	
Revenu annuel moyen après impôt (population âgée de 16 à 19 ans)	6 200 $
Revenu annuel moyen après impôt (population âgée de 20 à 29 ans)	23 000 $

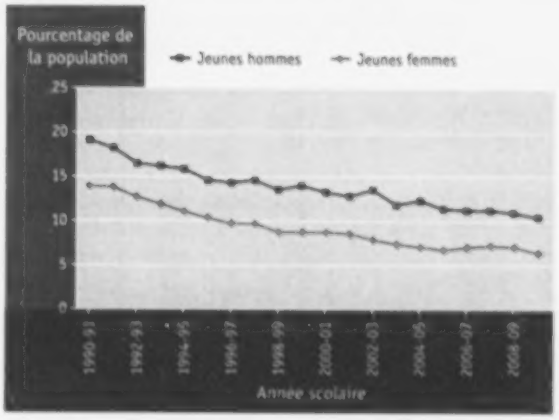
Remarque : Pour plus de détails, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.
Source : Statistique Canada.

entre les années scolaires 1990-1991 et 2009-2010[193]. Cependant, le taux de décrochages était constamment plus élevé chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (voir la figure 3.2)[193].

Entre les années scolaires 1990-1991 et 2004-2005, le pourcentage de décrocheurs qui sont retournés à l'école a augmenté tant chez les jeunes hommes (de 10 % à 16 %) que chez les jeunes femmes (de 12 % à 22 %)[194]. Cependant, le raccrochage scolaire ne mène pas toujours à l'obtention d'un diplôme, et ce, autant pour les deux sexes[194]. Chez les décrocheurs de 18 à 20 ans qui sont retournés à l'école en 2000 et 2001, presque 40 % ont de nouveau abandonné leurs études avant la fin de cette période de deux ans[194].

Le taux de décrochage chez les immigrants et les Autochtones âgés de 20 à 24 ans diffère de celui de la population canadienne. Au cours de l'année scolaire 2009-2010, le taux de décrochage chez les immigrants était de 6 %, donc inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne[193]. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que les immigrants vivent principalement dans les grandes villes, où le taux de décrochage tend à être plus faible et que de nombreuses familles immigrantes attachent une très grande importance aux études[193]. À l'opposé, pendant les années scolaires 2007-2008 à 2009-2010, les Autochtones hors réserve avaient le taux le plus élevé de décrochage (23 % en moyenne), soit plus du double de celui de la population canadienne[193]. Bien que les raisons du décrochage scolaire chez les Autochtones demeurent inconnues, on note qu'une plus grande proportion de ces décrocheurs occupaient un emploi (75 %), alors que c'était le cas de seulement 48 % des décrocheurs non autochtones, ce qui laisse croire que les facteurs socioéconomiques y contribuent grandement[195].

Figure 3.2 Taux de décrocheurs* au secondaire selon l'année scolaire, de 1990-1991 à 2009-2010[193]

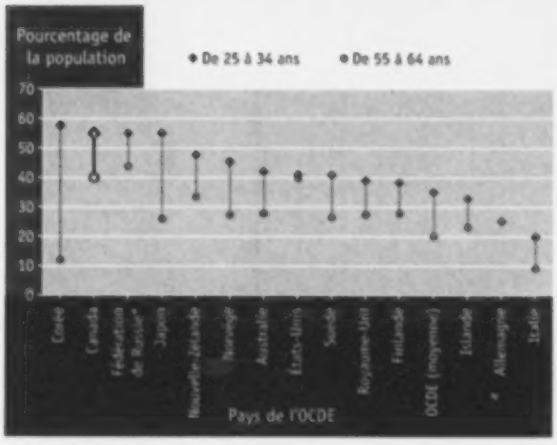


* Personnes de 20 à 24 ans qui ne fréquentent plus l'école et n'ont pas de diplôme d'études secondaires.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la population active, Statistique Canada.

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.3 Réussite des études postsecondaires selon certains groupes d'âge et certains pays de l'OCDE, 2008[197]



* Année de référence est 2002 au lieu de 2008.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de *Regards sur l'éducation*, Organisation de coopération et de développement économiques.

Au Canada, les jeunes adultes sont de plus en plus nombreux à poursuivre des études postsecondaires, et leur taux de réussite a également augmenté, tant au Canada que dans le reste du monde (voir la figure 3.3)[114, 196, 197]. En 2008, 56 % des Canadiens âgés de 25 à 34 ans avaient terminé des études postsecondaires, ce qui plaçait le Canada au deuxième rang mondial, derrière la Corée; c'est 21 % de plus que la moyenne de 35 % observée dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pendant cette même année, 40 % des Canadiens âgés de 55 à 64 ans ont déclaré avoir terminé des études postsecondaires au cours de leur vie[197]. Dans l'hypothèse où les individus de la cohorte plus âgée ont terminé leurs études postsecondaires au moins 30 ans plus tôt (au moment où ils faisaient partie du groupe des 25 à 34 ans), cela signifie que la proportion de Canadiens âgés de 25 à 34 ans qui possèdent un diplôme d'études postsecondaire est passée de 40 % à 56 % entre 1978 et 2008, soit une augmentation de 16 %[197].

La proportion de Canadiens ayant terminé leurs études secondaires diffère légèrement en fonction du sexe. Par contre, cet écart est beaucoup plus grand en ce qui concerne les études postsecondaires. En 2009, trois quarts des jeunes femmes (74 %) avaient fait des études postsecondaires partielles, contre deux tiers des jeunes hommes (65 %)[192]. De même, 58 % des jeunes femmes avaient terminé des études postsecondaires, contre 48 % des jeunes hommes[192].

La participation à des études postsecondaires varie également selon l'emplacement géographique. L'Enquête auprès des jeunes en transition (EJET) a permis de suivre pendant une période de huit ans une cohorte de Canadiens âgés de 18 à 20 ans. Au cours de cette période, 66 % des jeunes de milieux urbains avaient terminé des études postsecondaires, contre seulement 57 % des jeunes de milieux ruraux[190]. De plus, l'Enquête a révélé que moins de 10 % des jeunes adultes autochtones vivant hors réserve décrochaient un diplôme d'études universitaires entre 26 et 28 ans (soit à la fin de la période de huit ans), contre plus de 30 % des jeunes adultes non autochtones[190].

Pendant l'année scolaire 2009-2010, 40 % des jeunes adultes de 18 à 24 ans poursuivaient des études collégiales (15 %) ou universitaires (25 %)[198]. Chez les jeunes adultes de 25 à 29 ans, seulement 12 % d'entre eux poursuivaient des études collégiales (4 %) ou universitaires (8 %)[198]. De tels pourcentages peuvent s'expliquer par le fait que ceux qui avaient entrepris des études postsecondaires les avaient déjà terminées[198]. Ces proportions ont toutefois augmenté par rapport à 1995-1996, alors que 34 % des 18 à 24 ans et seulement 9 % des 25 à 29 ans étaient inscrits à des études collégiales ou universitaires[198].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

CHAPITRE 3

Selon le Recensement de 2006, les quatre principaux domaines dans lesquels les jeunes hommes de 20 à 24 ans obtenaient un diplôme d'études postsecondaires étaient : l'architecture, le génie et les services connexes (35 %); le commerce, la gestion et l'administration publique (15 %); les services personnels, de protection et de transport (8 %); les mathématiques, l'informatique et les sciences de l'information (8 %)[199]. Les jeunes femmes du même groupe d'âge obtenaient principalement leur diplôme dans les domaines suivants : le commerce, la gestion et l'administration publique (21 %); la santé, les parcs, la récréation et le conditionnement physique (18 %); les sciences sociales et de comportement et le droit (17 %); les sciences humaines (10 %)[199].

Emploi

En 2008, plus des deux tiers (67 %) des Canadiens âgés de 15 à 29 ans – soit près de la moitié (47 %) de tous les jeunes âgés de 15 à 19 ans et les trois quarts (76 %) des jeunes adultes – occupaient un emploi et constituaient, de ce fait, 26 % des travailleurs au Canada[192, 200]. Parmi les jeunes qui avaient un emploi, 70 % travaillaient à temps partiel et représentaient près d'un quart des travailleurs à temps partiel. Quant aux 30 % qui occupaient un emploi à temps plein, ils ne constituaient que 2 % des travailleurs à temps plein[192, 200]. En ce qui concerne les jeunes adultes, la situation était plutôt inverse. En effet, 80 % des jeunes adultes avaient un emploi à temps plein, soit 20 % des travailleurs à temps plein, et 20 % occupaient un emploi à temps partiel, soit 21 % des travailleurs à temps partiel[192, 200]. Dans l'ensemble, les proportions de jeunes et de jeunes adultes actifs sur le marché du travail variaient peu selon le sexe. Cependant, les emplois à temps partiel étaient principalement occupés par des adolescentes ou des jeunes femmes, tandis qu'une plus grande proportion des adolescents et des jeunes hommes travaillaient à temps plein[192].

En 2006, les emplois occupés par les jeunes (de 15 à 19 ans) et les jeunes adultes au Canada appartenaient principalement aux secteurs suivants : les ventes et les services (62 % des jeunes et 30 % des jeunes adultes); les métiers, le transport et la machinerie (respectivement 8 % et 14 %); les affaires, la finance et l'administration (respectivement 8 % et 17 %)[201].

Les jeunes occupaient le plus souvent des emplois dans le secteur des ventes et des services, tant chez les adolescents que chez les adolescentes (respectivement 52 % et 72 %), suivis du secteur des métiers, du transport et de la machinerie pour les adolescents (16 %) et du secteur des affaires, de la finance et de l'administration pour les adolescentes (9 %) (voir la figure 3.4)[201].

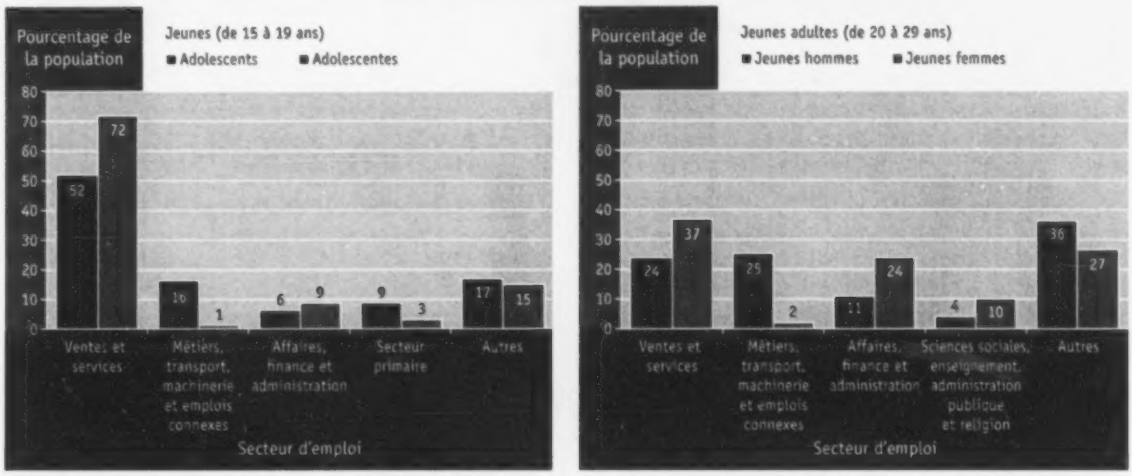
Chez les jeunes adultes, les emplois dans le secteur des ventes et des services étaient plus souvent occupés par les jeunes femmes (37 %), suivi du secteur des affaires, de la finance et de l'administration (24 %)[201]. Par contre, les jeunes hommes se dirigeaient plus fréquemment vers les métiers, le transport et la machinerie (25 %), suivis de près par le secteur des ventes et des services (24 %) (voir la figure 3.4)[201].

Lorsqu'ils terminent leurs études, les jeunes adultes délaissent graduellement les emplois à temps partiel pour travailler à temps plein[190]. Selon l'EJET, seulement 15 % des jeunes adultes âgés de 26 à 28 ans poursuivaient des études, tandis que près de 70 % travaillaient à temps plein[190]. Dans ce groupe d'âge, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes occupaient un emploi à temps plein[190].

Cependant, même s'ils souhaitent travailler, de nombreux jeunes et jeunes adultes ne parviennent pas à obtenir un emploi. Entre 1990 et 2009, le taux de chômage pour les jeunes de 15 à 19 ans au Canada est passé de 14 % à 20 %[192]. Toutefois, après une hausse initiale entre 1990 et 1993, le taux de chômage a fluctué sans que l'on note de croissance marquée au cours des 16 années subséquentes (voir la figure 3.5)[192]. Chez les jeunes adultes, on observe une tendance constante à la baisse du taux de chômage, qui est passé de 14 % à 7 % entre 1993 et 2008[192]. Le taux de chômage était plus élevé chez les jeunes adultes ayant moins d'années d'éducation officielle (voir la figure 3.5)[192]. Et globalement, en 2009, le taux de chômage était plus faible chez les femmes que chez les hommes, tous les niveaux de scolarité confondus[192].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.4 Emplois occupés par les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, 2006[201]



Les ventes et les services, comme le service au comptoir, le service aux caisses, la vente au détail, le travail de commis d'épicerie, les services de protection et les services de nettoyage; **les métiers, le transport, la machinerie et les emplois connexes**, comme la construction, la mécanique et le débardage; **les affaires, la finance et l'administration**, comme le travail de bureau, la finance, les assurances, le service à la clientèle, la réception et le travail de standardiste; **le secteur primaire**, comme l'agriculture, l'aménagement paysager et l'entretien de terrains; **les sciences sociales, l'enseignement, l'administration publique et la religion**, comme l'enseignement, les techniques juridiques, le travail social ainsi que les programmes et les politiques; **les autres emplois**, comme la gestion, les sciences naturelles et appliquées, la santé, les arts, la culture, les sports, les loisirs, la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données du Recensement de 2006, Statistique Canada.

Comme c'était le cas pendant les récessions des années 1980 et 1990, plus de la moitié des 400 000 emplois nets perdus au Canada lors du ralentissement économique d'octobre 2008 à octobre 2009 étaient occupés par des jeunes de 15 à 24 ans[73]. Cependant, après la reprise économique, le taux de chômage n'a pas diminué pour ce groupe d'âge et se maintenait encore à 14,3 % en février 2011[202].

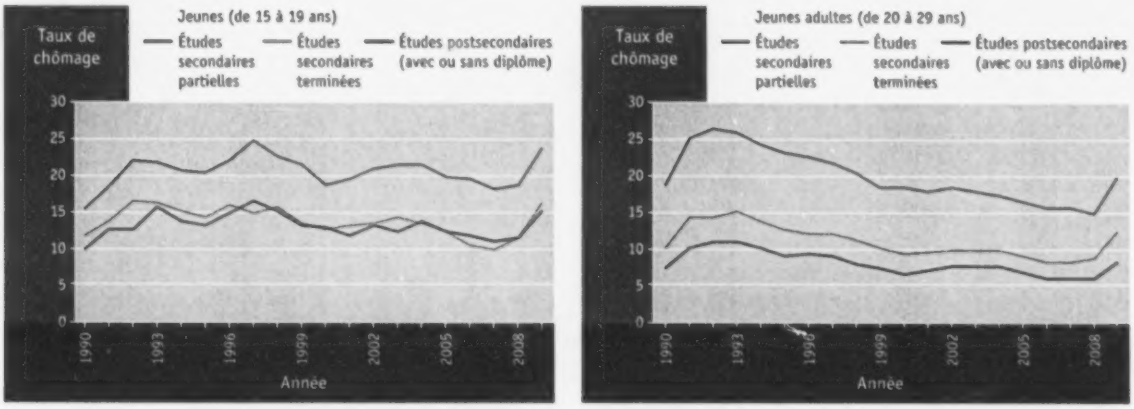
Revenu

La pauvreté n'est pas seulement une question de revenu. En effet, elle est aussi le résultat d'autres facteurs, comme le manque d'occasions et l'incapacité de participer pleinement à la société[203, 204]. Toutefois, en l'absence d'indicateurs normalisés permettant de mesurer l'ensemble très complexe des facteurs qui définissent la pauvreté, on utilise souvent le revenu pour une approximation de la pauvreté. Le seuil de faible revenu (SFR) est l'indicateur le plus couramment utilisé au Canada. Il sert à évaluer la portion de revenu qu'une famille consacre au logement ainsi qu'à l'achat d'aliments, de vêtements et de chaussures, en comparaison avec d'autres familles de la même taille habitant dans le même secteur géographique[205].

Selon le SFR, au Canada, environ 6 % des jeunes et 5 % des jeunes adultes vivaient dans un ménage à faible revenu en 2008, une amélioration par rapport à 1996, période pendant laquelle les taux étaient estimés à 14 % pour les jeunes et 8 % pour les jeunes adultes (voir la figure 3.6)[206].

En ce qui concerne les jeunes, leur niveau de revenu dépend largement de celui de leurs parents ou du ménage dans lequel ils vivent. Cette situation change pour les jeunes adultes au moment où ils effectuent la transition entre le statut d'étudiant et celui de travailleur à temps plein pour acquérir leur pleine indépendance. Leur revenu personnel est en partie influencé par leur niveau de scolarité, leur sexe et même leur statut d'immigrant[190, 191]. En 2008, le revenu moyen net chez les jeunes de 16 à 19 ans équivalait à 6 200 $, tandis que, chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans, il se situait autour de 23 000 $[207].

Figure 3.5 Taux de chômage chez les jeunes et les jeunes adultes selon le niveau de scolarité, Canada, de 1990 à 2009[192]

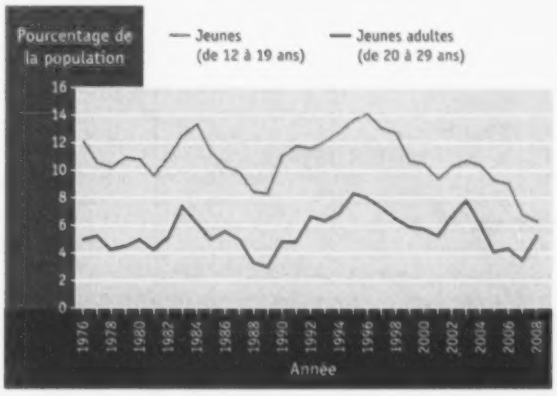


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la population active, Statistique Canada.

En moyenne, les répondants à l'EJET qui avaient terminé leurs études postsecondaires gagnaient un revenu plus élevé que ceux qui possédaient, tout au plus, un diplôme d'études secondaires. Cette différence était encore plus marquée dans le groupe des jeunes femmes que celui des jeunes hommes[190]. Les jeunes femmes qui occupaient un emploi à temps plein et qui possédaient un diplôme d'études universitaires gagnaient en moyenne 18 000 $ de plus que celles dont le niveau de scolarité était le plus faible[190]. Quant aux jeunes hommes qui occupaient un emploi à temps plein et qui avaient terminé des études universitaires, ils gagnaient en moyenne 13 000 $ de plus que ceux ayant le plus faible niveau de scolarité[190]. Peu importe le niveau de scolarité, le revenu moyen des jeunes hommes occupant un emploi à temps plein restait toujours plus élevé que celui des jeunes femmes, même pour un niveau de scolarité équivalent[190].

Lorsqu'ils entrent sur le marché de travail, bon nombre de jeunes adultes ont déjà des dettes d'études postsecondaires. En 2009, près de 45 % des étudiants de niveau collégial et 60 % des étudiants de niveau universitaire avaient accumulé des dettes à la fin de leurs études. Si l'on tient compte de toutes les sources d'emprunt, notamment la famille ainsi que les prêts gouvernementaux et non gouvernementaux, les étudiants de niveau collégial terminent leurs études avec une dette moyenne de 13 600 $, et les étudiants de niveau universitaire, avec une dette moyenne deux fois supérieure, soit de 26 680 $[208, 209]. Il est donc plus difficile pour ces jeunes adultes qui doivent rembourser leurs dettes de profiter pleinement de leur augmentation de revenu. Cet endettement peut également retarder ou même atténuer les effets bénéfiques qui, sur le plan de la santé, sont généralement attribuables à des revenus supérieurs.

Figure 3.6 Pourcentage des jeunes et des jeunes adultes vivant dans une ménage à faible revenu, après impôt, Canada, de 1976 à 2008[206]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, Statistique Canada.

CHAPITRE 3

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

État de santé actuel des jeunes et des jeunes adultes au Canada

La section qui suit examine l'état de santé actuel des jeunes et des jeunes adultes, ce qui inclut la santé physique, la santé mentale et les comportements en matière de santé. On y présente également les facteurs de risque liés à la santé et les groupes les plus susceptibles d'être en mauvaise santé ou d'adopter des mauvais comportements.

Les données présentées dans ce chapitre proviennent bien souvent d'enquêtes. Malgré les limites inhérentes aux données autodéclarées, comme la subjectivité des réponses et l'exclusion des personnes vivant dans des établissements ou des réserves, ces données fournissent de l'information qui ne pourrait être obtenue autrement.

La **santé mentale** est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle[210].

Les **maladies mentales** sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. La maladie mentale peut prendre diverses formes, entre autre : les troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que les toxicomanies et le jeu pathologique[210].

Santé mentale et maladie mentale

La santé mentale représente un aspect important de la santé et du bien-être général des jeunes et des jeunes adultes au Canada. Habituellement, les maladies mentales commencent à se manifester à l'adolescence et au début de l'âge adulte[210]. Les maladies mentales, tout comme la santé mentale, ont une influence sur la vie de nombreux jeunes et jeunes adultes tout au long de leur vie. Une bonne santé mentale réduit les risques de décrochage et favorise l'atteinte d'un plus haut niveau de scolarité. Elle débouche aussi sur la possibilité de revenus supérieurs et permet d'accroître la résilience[211]. La maladie mentale, quant à elle, peut augmenter le risque de certains problèmes de santé physique, comme les troubles chroniques de l'appareil respiratoire et les cardiopathies[212-214]. De plus, les taux de pauvreté et de chômage sont souvent plus élevés chez les personnes atteintes de maladie mentale[212].

De nombreuses études scientifiques soutiennent l'idée que la santé mentale et la maladie mentale ne représentent pas les deux extrêmes d'un spectre unique selon lequel la santé mentale augmenterait à mesure que diminue la maladie mentale[210]. On pose plutôt comme hypothèse que la santé mentale et la maladie mentale sont deux réalités différentes, mais étroitement liées. Par conséquent, la santé mentale serait plus que l'absence de maladie mentale[215]. En effet, la bonne santé mentale comporte de nombreuses caractéristiques, comme les objectifs de vie que se fixe une personne, la qualité des relations qu'elle entretient avec les autres, son épanouissement personnel, l'acceptation sociale dont elle jouit, la cohésion sociale et sa contribution à la société[215]. Il est donc possible pour une personne de bénéficier d'une très bonne santé mentale qui lui permet de mener une vie gratifiante et productive même si, par ailleurs, elle est atteinte d'une maladie mentale ou d'un trouble de santé mentale[215-217].

Bon nombre des troubles de santé mentale et des maladies mentales qui touchent les jeunes et les jeunes adultes ne sont pas différents de ceux observés chez les Canadiens de tous âges. Par contre, il existe un certain nombre de problèmes de santé mentale qui sont propres aux jeunes et aux jeunes adultes, notamment les troubles de l'alimentation et les comportements suicidaires.

Il est difficile de déterminer avec précision l'état de santé mentale ou le taux de maladie mentale chez les Canadiens, car les données sont limitées. Toutefois, les données obtenues au moyen d'enquêtes, d'études et des bases de données permettent de mieux comprendre la santé mentale des jeunes et des jeunes adultes.

Tableau 3.3 Santé mentale des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Santé mentale	
Population âgée de 12 à 19 ans, 2009* (pourcentage)	
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	76,9
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	96,4
Stress perçu dans la vie, assez ou extrême	13,9
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	74,7
Population âgée de 20 à 29 ans, 2009* (pourcentage)	
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	77,3
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	94,4
Stress perçu dans la vie, assez ou extrême	24,1
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	56,6

* Indique les données autodéclarées.
Remarque : Pour plus de détails, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.
Source : Statistique Canada

Santé mentale

Un certain nombre de facteurs sont généralement utilisés pour mesurer la santé mentale. Ces facteurs prennent en compte l'autoévaluation que les personnes font de leur santé mentale, de leur satisfaction de la vie, de l'impression qu'elles ont de pouvoir diriger leur vie, du sentiment d'appartenance qui les motive et des relations qu'elles entretiennent avec les autres[218]. En 2009, plus des trois quarts (77 %) des jeunes et des jeunes adultes au Canada ont déclaré jouir d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale[219]. Cette proportion était plus élevée encore chez les jeunes et les jeunes adultes immigrants (80 % et 81 % respectivement), mais était plus faible chez les jeunes et les jeunes adultes autochtones vivant hors réserve (66 % et 71 % respectivement) (voir la figure 3.7)[219]. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2008-2010, la proportion des jeunes autochtones de 12 à 17 ans vivant hors réserve qui ont déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente était plus faible (66 %) que celle observée dans la population en général[220].

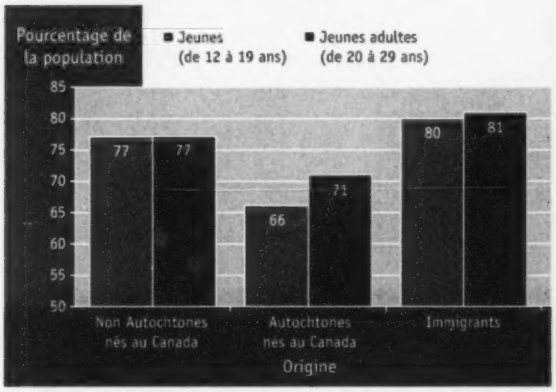
Bien qu'en 2009 la majorité (92 %) des Canadiens de 12 ans et plus se disaient très satisfaits ou satisfaits de leur vie, c'est parmi les populations les plus jeunes que l'on trouvait le taux de satisfaction le plus élevé. En effet, 96 % des jeunes et 94 % des jeunes adultes se déclaraient très satisfaits ou satisfaits de leur vie[219, 221]. De plus, dans l'ensemble de la population canadienne âgée de 12 à 64 ans, 25 % des personnes estimaient que la plupart de leurs journées étaient assez stressantes ou extrêmement stressantes, tandis que 14 % des jeunes et 24 % des jeunes adultes ressentaient un niveau de stress similaire[219].

De tous les groupes d'âge, ce sont les jeunes qui se sentent le plus profondément liés à leur communauté (75 %), tandis que c'est parmi les jeunes adultes que l'on trouve le plus faible sentiment d'appartenance communautaire (57 %)[219]. Pour les jeunes, le sentiment d'appartenance scolaire peut s'apparenter au sentiment d'appartenance qu'ils éprouvent à l'égard de leur communauté. Selon l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (*Health Behaviour in School-aged Children [HBSC]*), qui a été menée en 2006 auprès d'élèves canadiens de la 6e à la 10e année (âgés de 11, 13 et 15 ans), les élèves de 6e année étaient les plus nombreux à éprouver un fort sentiment d'appartenance à leur école (71 % des adolescentes et 62 % des adolescents) alors que, dans les classes de 8e année, ce sentiment était le moins répandu (58 % des adolescentes et 48 % des adolescents)[45].

Dans le cadre d'une enquête effectuée auprès d'élèves ou d'anciens élèves d'écoles secondaires au Canada, peu de jeunes des minorités sexuelles (ceux qui se désignent comme lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement [LGBTQ]) ont déclaré ressentir un lien d'appartenance à leur école. En effet, 69 % des jeunes transgenres et 45 % des jeunes gais, lesbiennes ou bisexuels étaient en désaccord ou totalement en désaccord avec l'énoncé « j'ai réellement le sentiment de faire partie de mon école », contre seulement 25 % des élèves n'appartenant pas à une minorité sexuelle[222].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.7 Santé mentale perçue comme excellente ou très bonne chez les jeunes et les jeunes adultes selon l'origine, Canada, 2009[219]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2009), Statistique Canada.

Le niveau de confiance en soi peut également servir à mesurer la santé mentale. L'enquête HBSC de 2006 a révélé que la confiance en soi varie selon l'année scolaire et le sexe. Près de la moitié (47 %) des adolescents de 6e année ont déclaré avoir confiance en eux, mais en 9e et 10e année, moins du quart (24 %) des adolescents ont tenu ces propos. Chez les adolescentes, les proportions étaient moindres. En effet, seulement 36 % des adolescentes de 6e année et 14 % de celles de 10e année ont déclaré avoir confiance en elles[45].

Les jeunes et les jeunes adultes vivant dans un ménage à faible revenu pourraient être plus à risque de développer des troubles de santé mentale. Selon l'analyse des données d'une enquête longitudinale nationale, les Canadiens qui vivaient dans un ménage à faible revenu étaient plus susceptibles de connaître une grande détresse psychologique au fil des années. Ce risque plus élevé est partiellement lié à la plus grande prévalence, dans leur vie, de certains facteurs de stress, comme le stress professionnel, les difficultés relationnelles, les problèmes financiers et les événements récents de la vie[223]. Les jeunes et les jeunes adultes autochtones, les immigrants ou les sans-abri sont surreprésentés dans les ménages à faible revenu au Canada et sont, par conséquent, plus exposés à ces facteurs de stress[224, 225]. Le fait qu'ils sont également plus susceptibles de subir le racisme ou la discrimination peut nuire à leur estime de soi et à leur sentiment d'identité et leur donner l'impression qu'ils n'ont plus le contrôle de leur vie, les rendant ainsi plus vulnérables à des troubles de santé mentale[226, 227]. De même, des facteurs de stress comme la stigmatisation, le harcèlement et l'intimidation, ainsi que le manque d'outils appropriés comme l'éducations, les services, les mesures de protection et les politiques, peuvent rendre les jeunes et les jeunes adultes des minorités sexuelles plus vulnérables aux problèmes de santé mentale[228, 229].

Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur englobent différentes maladies mentales, comme la dépression et le trouble bipolaire, qui induisent des changements d'état d'âme d'une intensité et d'une durée supérieures à la normale[230]. En 2009, un peu plus de 6,3 % de tous les Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur[221]. Même si le plus faible pourcentage se retrouvait chez les jeunes (2,7 %) (voir le tableau 3.4), on pouvait néanmoins noter une différence entre les sexes, puisque 2,0 % des adolescents ont déclaré avoir reçu un tel diagnostic, contre 3,4 % des adolescentes. En général, les proportions et l'écart entre les sexes

Tableau 3.4 Maladie mentale chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada

Maladie mentale	
Population âgée de 12 à 19 ans, 2009* (pourcentage)	
Trouble de l'humeur	2,7
Trouble d'anxiété	4,0
Pensées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête† (population âgée de 15 à 19 ans)	6,7
Population âgée de 20 à 29 ans, 2009* (pourcentage)	
Trouble de l'humeur	5,2
Trouble d'anxiété	5,8
Pensées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête†	4,3

* Indique les données autodéclarées.

† Indique les données de 2002.

Remarque : Pour plus de détails, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Source : Statistique Canada.

Les **troubles de l'humeur** se distinguent des variations normales de l'humeur par leur intensité et leur persistance ainsi que par la tendance à perturber l'individu dans son fonctionnement quotidien[230].

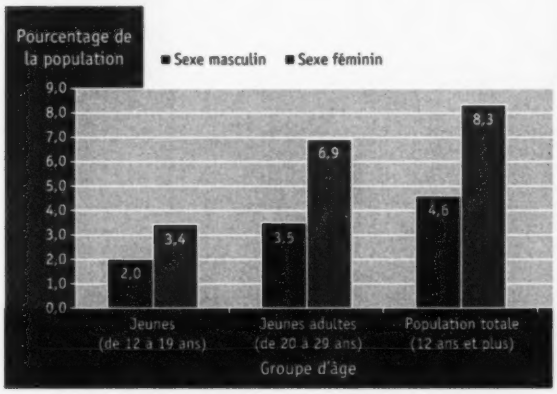
augmentaient en fonction de l'âge (voir la figure 3.8)[219]. Chez les jeunes adultes, on a en effet constaté une augmentation des taux de diagnostic, qui s'établissaient à 3,5 % chez les jeunes hommes et à 6,9 % chez les jeunes femmes[219]. Les proportions étaient plus élevées encore chez les Autochtones vivant hors réserve (6,6 % chez les jeunes et 6,1 % chez les jeunes adultes) et, en particulier, chez les adolescentes (9,7 %) et les jeunes femmes (9,3 %)[219]. À l'opposé, les jeunes et les jeunes adultes immigrants sont peu nombreux (respectivement 0,8 % et 2,5 %) à avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur[219].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la dépression unipolaire serait la principale cause qui contribue au fardeau total de la maladie (une mesure de l'effet combiné de la mortalité et de la morbidité d'une maladie sur une population) chez les Canadiens âgés de 15 à 59 ans[231]. Dans cette tranche de la population, la dépression unipolaire est la maladie responsable du plus grand nombre d'années perdues pour cause de décès prématuré ou d'incapacité[231]. Une enquête menée en 2002 révélait que 4,8 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus répondaient à tous les critères de diagnostic et, par conséquent, avaient vécu un épisode de dépression majeure dans les 12 derniers mois[232]. Les jeunes adultes affichaient la proportion la plus élevée, puisque plus de 6,5 % d'entre eux satisfaisaient à l'ensemble des critères (4,8 % des jeunes hommes et 8,2 % des jeunes femmes)[233]. Le pourcentage des immigrants de 15 ans et plus qui répondaient à ces critères (3,5 %) était inférieur à celui observé généralement dans ce groupe d'âge. Même chose en ce qui concerne le pourcentage des jeunes adultes immigrants (5,8 %) par rapport à celui de la population totale des jeunes adultes[233]. Pour l'ensemble des Canadiens âgés de 15 ans et plus, le déclenchement d'un premier épisode de dépression survenait en moyenne à l'âge de 28 ans[234].

Troubles anxieux

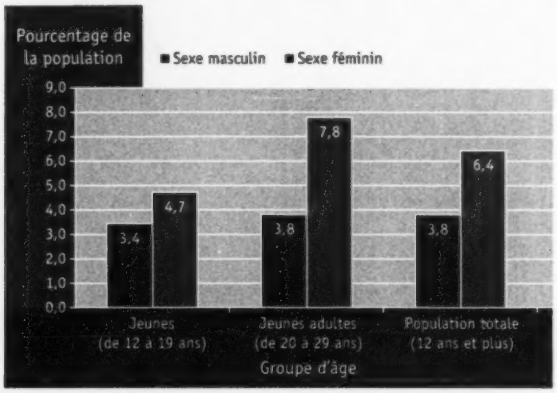
En situation de stress, il est normal de ressentir une certaine anxiété. Les troubles anxieux se manifestent lorsque l'anxiété est d'une durée ou d'une intensité excessive et qu'elle empêche un fonctionnement normal au quotidien. Le trouble panique, les phobies et le trouble obsessionnel-compulsif sont des troubles anxieux[210]. En 2009, 5,0 % des Canadiens âgés de 12 à 29 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'un trouble d'anxiété[219]. La proportion de jeunes adultes ayant reçu un tel diagnostic était supérieure à celle des jeunes (respectivement 5,8 % et 4,0 %) (voir le tableau 3.4) et, dans les deux cas, la proportion des femmes dépassait celle des hommes (voir la figure 3.9)[219]. Chez les Autochtones hors réserve, les proportions étaient encore plus élevées parmi les jeunes (9,1 %) et les jeunes adultes (11,6 %). À l'opposé, elles étaient beaucoup plus faibles parmi les immigrants, qu'ils soient jeunes (1,8 %) ou jeunes adultes (1,9 %)[219].

Figure 3.8 Trouble de l'humeur chez les jeunes et les jeunes adultes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009[219]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2009), Statistique Canada.

Figure 3.9 Trouble d'anxiété chez les jeunes et les jeunes adultes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009[219]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2009), Statistique Canada.

Certaines personnes éprouvent un niveau d'anxiété disproportionnée et si intense que même des éléments anodins déclenchent une crise de panique. Le trouble panique se manifeste par des crises inattendues ou répétées[235-238]. Des Canadiens de tous âges sont atteints de trouble panique. Ce problème est toutefois plus fréquent à l'adolescence et au début de l'âge adulte et commence d'ailleurs à se manifester à cette période[239]. En 2002, la prévalence du trouble panique durant la vie chez les Canadiens âgés de 15 à 29 ans était un peu plus de 3 %[233]. Chez tous les Canadiens de 15 ans et plus, la première apparition d'un trouble panique survenait à l'âge moyen de 25 ans. À cet âge de transition, bien des jeunes adultes terminent leurs études, commencent à travailler et nouent des nouvelles relations[235]. Un trouble panique qui se manifeste à cette étape de la vie peut entraîner des répercussions à long terme. Il peut, par exemple, perturber la vie familiale, professionnelle et sociale et accroître les risques de dépression et de suicide[189, 235, 237, 239].

Troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation, comme l'anorexie mentale et la boulimie, se caractérisent par une préoccupation obsessive liée à la nourriture et au poids corporel[240].

Ces troubles entraînent de graves perturbations du comportement alimentaire chez ceux qui en sont atteints et peuvent avoir de sérieuses conséquences, à court et à long terme. L'anorexie et la boulimie peuvent entraîner des problèmes cardiaques et une insuffisance rénale pouvant causer la mort. Les personnes qui sont atteintes de troubles de l'alimentation sont également plus vulnérables à la dépression, à la dépendance à l'alcool et aux troubles anxieux[210].

En 2005-2006, le nombre d'hospitalisations pour troubles de l'alimentation chez les adolescentes était 2,5 fois supérieur à celui des jeunes femmes et plus de six fois supérieur à celui de tout autre groupe[179, 241]. En 2002, 1,5 % des jeunes femmes canadiennes âgées de 15 à 29 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'alimentation[233]. Un peu plus de 3 % ont également indiqué avoir manifesté des comportements ou éprouvé des symptômes qui laissaient supposer que, au cours des 12 mois précédents, elles étaient à risque de présenter un trouble de l'alimentation, que ce diagnostic ait été posé ou non. En ce qui concerne les adolescents et les jeunes hommes, les pourcentages étaient trop faibles pour en faire rapport[233].

Bien que les troubles de l'alimentation soient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et qu'ils

s'observent principalement chez les adolescentes et les jeunes femmes, cela ne signifie pas que les adolescents et les jeunes hommes soient totalement épargnés. Selon les estimations, de 5 % à 15 % des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie sont de sexe masculin. Toutefois, les estimations pourraient être supérieures, car les hommes sont moins susceptibles de recevoir un tel diagnostic[242]. Tout comme leurs homologues féminins, les adolescents et les jeunes hommes qui présentent un trouble de l'alimentation perçoivent une image déformée de leur corps et, bien souvent, font une fixation sur leur musculature[242]. Préoccupés par le faible développement de leurs muscles, ils sont plus susceptibles d'utiliser des stéroïdes ou d'autres drogues[242].

Lorsqu'on les a interrogés sur leur image corporelle, 34 % des adolescentes et 24 % des adolescents de la 6e à la 10e année se trouvaient gros. Les pourcentages étaient constants chez les adolescents d'une année scolaire à une autre, mais chez les adolescentes, ils ne cessaient d'augmenter, passant de 25 % en 6e année à 40 % en 10e année[45]. Toutefois, seulement 15 % des adolescentes de 10e année présentaient un réel problème d'embonpoint ou d'obésité, compte tenu du poids et de la taille qu'elles avaient déclarés[45].

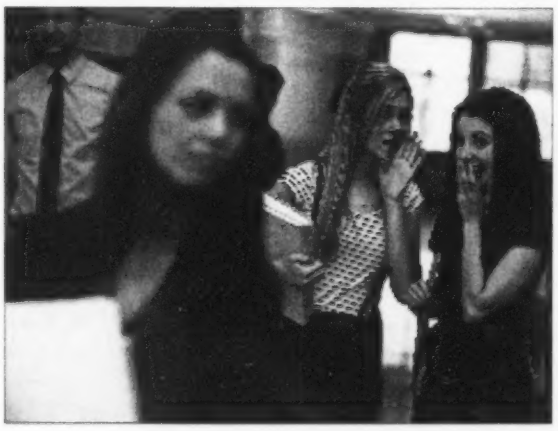
Intimidation et agression

L'intimidation peut avoir de graves répercussions à long terme sur la santé émotionnelle des personnes qui en sont victimes. Les actes de violence vécus en bas âge, que ce soit dans la famille, entre pairs ou entre partenaires intimes (relations amoureuses), peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, à court et à long terme. Des liens ont été établis entre ces expériences et de nombreux problèmes de santé publique, comme la toxicomanie, les agressions, l'intimidation, la santé mentale et le suicide[243, 244]. Par ailleurs, certaines études font également un lien entre les comportements précoces d'intimidation et les actes de violence commis à l'âge adulte, dans le cadre de relations amoureuses ou conjugales ou, encore, à l'égard des enfants et des aînés[45, 245-247].

Selon l'enquête HBSC de 2006, 36 % des élèves ont déclaré être victimes d'intimidation, 39 % ont admis être des intimidateurs et 20 % ont indiqué être à la fois victimes et intimidateurs[45]. Les élèves qui obtiennent de mauvais résultats à l'école, n'apprécient guère le milieu scolaire ou disent ne pas avoir l'entière confiance de leurs parents sont plus susceptibles d'être intimidateurs, victimes d'intimidation ou les deux[45].

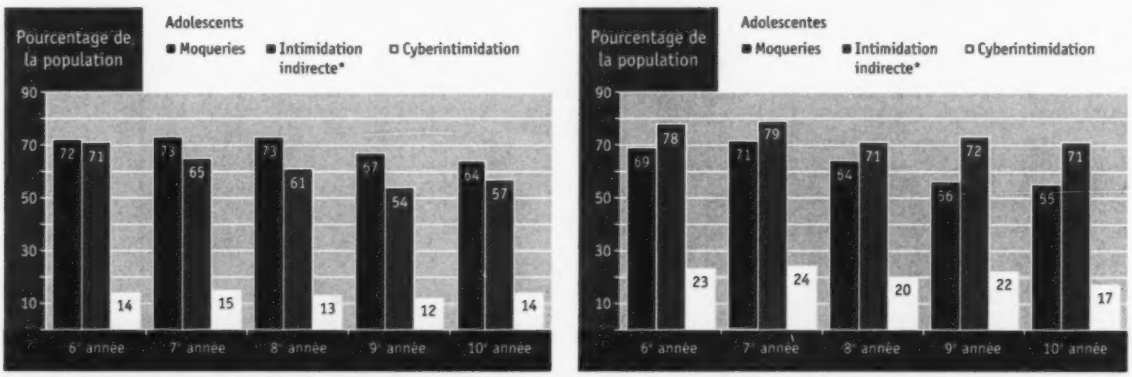
Les formes d'intimidation les plus communes sont les moqueries et l'intimidation indirecte (l'exclusion ou la propagation de mensonges). Plus des deux tiers des victimes de 6e année (72 % des adolescents et 69 % des adolescentes) et plus de la moitié des victimes de 10e année (64 % des adolescents et 55 % des adolescentes) ont indiqué faire l'objet de moqueries (voir la figure 3.10)[45]. L'intimidation indirecte était un peu moins fréquente chez les adolescents que chez les adolescentes : 71 % et 57 % des adolescents de 6e et de 10e année respectivement, comparativement à 78 % et 71 % des adolescentes de 6e et de 10e année[45]. Les adolescentes étaient également les plus visées par la cyberintimidation, par l'entremise de courriels ou par téléphone cellulaire[45].

En ce qui concerne l'intimidation directe, comme l'intimidation physique, un plus grand nombre d'adolescents que d'adolescentes ont déclaré en être victimes, et ce, à tous les niveaux scolaires (voir la figure 3.11)[45]. Chez les adolescents, le taux de harcèlement sexuel diminue au fils des années; par contre, il augmente progressivement chez les adolescentes, doublant presque entre la 6e et la 10e année (de 23 % à 44 %)[45]. Des cas d'intimidation fondée sur la race ou la religion ont également été rapportés, quoique dans une proportion plus faible (jusqu'à 21 % et 16 % respectivement)[45].



La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.10 Formes d'intimidation indirecte subies selon le sexe et le niveau scolaire, Canada, 2006[45]



* L'intimidation indirecte comprend l'exclusion et la propagation de mensonges.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'étude intitulée *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* (2006).

En 2006, beaucoup plus d'adolescents que d'adolescentes disent avoir été impliqués dans des bagarres, mais ce comportement tend à diminuer avec l'âge. Chez les adolescentes, la prévalence des bagarres était plutôt constante d'une année à l'autre[45]. Du côté des adolescents, les bagarres physiques impliquaient le plus souvent un ami ou une connaissance (48 % des cas), tandis que, chez les adolescentes, elles mettaient le plus souvent en cause le frère ou la sœur (47 % des cas)[45].

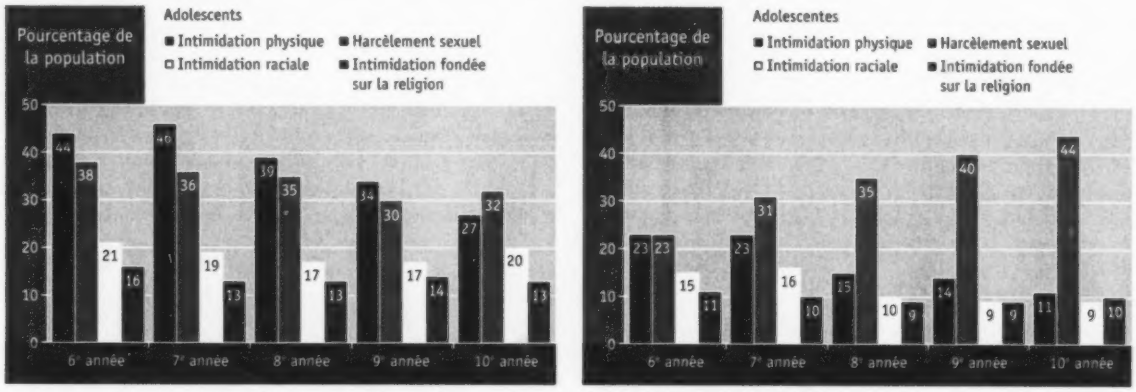
L'enquête HBSC révèle également qu'une plus grande proportion d'adolescents (17 %) que d'adolescentes (4 %) ont admis avoir apporté une arme à l'école au cours des 30 jours précédents. Parmi ceux-ci, la plupart avaient apporté un couteau (61 % des adolescents et 72 % des adolescentes). Les adolescents (14 %) étaient également plus nombreux que les adolescentes (6 %) à avoir apporté une arme de poing ou un autre type d'arme à feu[45].

Par ailleurs, les risques de harcèlement, de victimisation et de violence physique et sexuelle, tant à l'école que dans la communauté, sont beaucoup plus grands chez les jeunes appartenant à une minorité sexuelle[248, 249]. Dans une enquête menée en ligne auprès d'élèves et d'anciens élèves d'écoles secondaires au Canada, 59 % des jeunes LGBTQ ont déclaré avoir été victimes, à l'école, de harcèlement verbal fondé sur leur orientation sexuelle, contre seulement 7 % des jeunes hétérosexuels. De plus, 25 % des jeunes LGBTQ ont déclaré avoir fait l'objet de harcèlement physique, contre seulement 8 % des jeunes hétérosexuels[222]. Les élèves LGBTQ ont également indiqué avoir été victimes d'intimidation sous la forme de propagation de rumeurs ou de mensonges, aussi bien à l'école (55 %) que par Internet ou par messagerie textuelle (31 %)[222].

Les données de la police montrent que, chez les jeunes, le risque d'être victimes de violence augmente avec l'âge[250]. En 2009, 50 % des jeunes qui ont été physiquement agressés l'avaient été par un ami proche[251]. Au cours de la même année, 22 % des victimes d'infractions sexuelles et d'agressions physiques signalées à la police étaient des jeunes de 12 à 19 ans[251, 252]. Même si ces 1 676 cas pour 100 000 personnes restent une faible proportion par rapport à toutes les infractions et agressions sexuelles déclarées, ils représentent néanmoins plus du double du nombre de cas déclarés chez les adultes de 18 ans et plus, soit 781 cas pour 100 000 personnes[179, 251, 252].

Les données policières indiquent également qu'en 2008 les adultes de 30 à 39 ans étaient le plus souvent victimes de violence dans les relations amoureuses[253]. Cependant, les données autodéclarées révèlent une tout autre réalité. En effet, il semble que les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus susceptibles d'être victimes de violence dans leurs

Figure 3.11 Formes d'intimidation directe subies selon le sexe et le niveau scolaire, Canada, 2006[45]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'étude intitulée *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* (2006).

relations amoureuses, mais qu'ils ne le signaleraient pas à la police[253]. Les voies de fait simples constitueraient l'infraction la plus souvent signalée dans les cas de violence conjugale, notamment les poussées, les gifles, les coups et les menaces verbales. Le harcèlement criminel, les menaces et les voies de fait graves au moyen d'une arme ou causant des lésions corporelles sont les trois autres infractions les plus courantes[253]. Selon les rapports de police, on trouve près de dix fois plus de victimes de violence dans les relations amoureuses chez les adolescentes de 15 à 19 ans que chez les adolescents du même âge[253].

Même si, dans les relations amoureuses, ce sont généralement les femmes qui déclarent des actes de violence, les hommes en sont également victimes, mais peu d'entre eux le signalent à la police, et ce, pour diverses raisons. Dans une enquête menée en 2008 en Colombie-Britannique, 9 % des élèves et 6 % des élèves féminins de niveau secondaire qui avaient vécu une relation amoureuse dans la dernière année ont déclaré avoir été frappés, giflés ou blessés physiquement et de façon délibérée par leur petit ami ou leur petite amie. Parmi les personnes qui ont déclaré être victimes de violence dans les relations amoureuses, les jeunes gais, lesbiennes et bisexuels étaient trois fois plus susceptibles que leurs pairs hétérosexuels[254].

Lésions auto-infligées

Comme on le verra plus loin dans ce chapitre, les blessures accidentelles constituent la principale cause de décès et d'hospitalisation chez les jeunes et les jeunes adultes[241, 255]. Cependant, les lésions auto-infligées, ce qui inclut les comportements suicidaires et non suicidaires, ont des conséquences néfastes sur la santé et peuvent même entraîner la mort[256].

L'automutilation non suicidaire peut prendre de nombreuses formes. Les gestes les plus courants consistent à se lacérer ou se brûler la peau, se griffer, se frapper avec des objets ou s'arracher les cheveux[256-259]. En général, ces comportements sont utilisés pour composer avec des émotions envahissantes ou pour générer des émotions afin de combler un vide émotif[256, 257, 260-263]. L'automutilation non suicidaire s'observe aussi bien chez les enfants de 5 ans que chez les personnes de 65 ans. Toutefois, elle est plus fréquente chez les jeunes et les jeunes adultes, les premières expériences survenant habituellement entre 12 et 15 ans[256, 264, 265].

Il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence de l'automutilation non suicidaire, étant donné qu'il s'agit habituellement d'un problème caché[256, 264]. Des enquêtes réalisées auprès d'élèves du secondaire, d'étudiants universitaires et de jeunes adultes ont permis de réaliser certaines estimations, mais celles-ci ne sont pas suffisantes pour être représentatives de l'ensemble de

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

la population. Selon un sondage mené dans deux écoles canadiennes, 14 % des élèves de la 7e à la 11e année s'étaient déjà automutilés, les lacérations étant la forme d'automutilation la plus répandue (41 %). La plupart de ces élèves (59 %) disent avoir adopté ce comportement en 7e ou 8e année[266]. Un autre sondage mené en Colombie-Britannique a révélé que 17 % des jeunes et des jeunes adultes de 14 à 21 ans s'étaient volontairement infligé des blessures, généralement à partir de l'âge de 15 ans, et que la plupart d'entre eux (83 %) s'étaient coupés, griffés ou frappés avec des objets[259]. Dans deux universités aux États-Unis, 17 % des étudiants interrogés ont déclaré avoir pratiqué l'automutilation, et 7 % l'avaient fait dans les 12 mois précédents[267]. Enfin, un sondage mené auprès d'étudiants de première année dans une université canadienne a révélé que près de trois étudiants sur dix s'étaient automutilés au moins une fois[268].

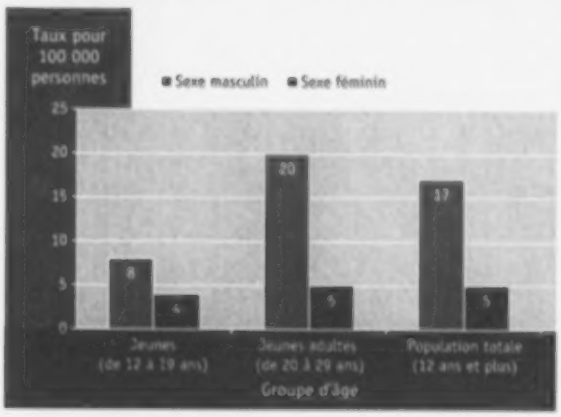
Bien que l'automutilation soit habituellement pratiquée en secret et, de ce fait, reste le plus souvent non déclarée, il arrive qu'elle génère des blessures suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation. C'est à ce moment que certaines données peuvent être recueillies. En 2009-2010, 17 000 hospitalisations chez les Canadiens de 15 ans et plus étaient liées à des lésions auto-infligées[269]. Le nombre d'hospitalisations pour lésions auto-infligées était plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans (plus de 140 hospitalisations pour 100 000 personnes) que chez les adolescents du même groupe d'âge (environ 60 hospitalisations pour 100 000 personnes)[269].

Même si les lésions auto-infligées se distinguent généralement des tentatives de suicide, les études montrent que les personnes qui s'automutilent sont plus susceptibles de se donner la mort, plus tard au cours de leur vie[256, 232]. En 2002, 7 % des jeunes de 15 à 19 ans et 4 % des jeunes adultes ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents, contre moins de 4 % de tous les Canadiens de 15 ans et plus[232, 233]. Une proportion plus élevée d'adolescentes que d'adolescents disent avoir déjà songé à s'enlever la vie (respectivement 9 % et 5 %), tandis que, chez les jeunes adultes, cette proportion était identique chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (4 %)[233]. Chaque année, un grand nombre de jeunes et de jeunes adultes tentent de se suicider. Si certaines de ces tentatives restent inavouées, en 2005, plus de 5 000 hospitalisations de jeunes et de jeunes adultes au Canada (à l'exception du Québec, où des données comparables ne sont pas disponibles) étaient liées spécifiquement à des tentatives de suicide[241]. Deux tiers des tentatives de suicide (66 %) ont été commises par des femmes[241].

Malheureusement, certaines tentatives de suicide réussissent. Par conséquent, le suicide est, après les blessures accidentelles, la principale cause de décès chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada[255]. En 2007, près de 800 jeunes et jeunes adultes se sont suicidés au Canada et, de ce nombre, 76 % étaient des jeunes hommes[255]. Le taux le plus élevé de suicide chez les jeunes et les jeunes adultes s'observe chez les jeunes hommes, avec un taux de 20 cas pour 100 000 personnes; ce taux représente plus du double de celui des adolescents et est quatre fois supérieur à celui des jeunes femmes (voir la figure 3.12)[179, 256].

En 2000, le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations âgés de 10 à 19 ans était de 28 cas pour 100 000 personnes, soit un taux plus de quatre fois supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne[271]. Cependant, ce taux n'est pas représentatif de l'ensemble des jeunes et des jeunes adultes des Premières nations. Une étude sur le suicide menée en Colombie-Britannique a en effet révélé que, même si le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations âgés de 15 à 24 ans est largement supérieur à celui des jeunes du reste de la population, des différences existent d'une communauté à une autre. De fait, si le taux de suicide était beaucoup plus élevé dans certaines collectivités,

Figure 3.12 Taux de suicide pour 100 000 personnes selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007[179, 255, 270]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des estimations et des projections démographiques et de la Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada.

d'autres n'avaient eu à déplorer aucun suicide chez leurs jeunes pendant la période à l'étude. Les faibles taux de suicide étaient associés à un meilleur contrôle exercé au sein de la collectivité, notamment au point de vue de l'autonomie gouvernementale, des revendications territoriales, de l'éducation, des services de santé, des installations culturelles, des services de police et des services de protection contre les incendies[56, 272].

Les données sur les jeunes et les jeunes adultes inuits sont également limitées, mais, dans l'ensemble, le taux de suicide dans ces collectivités est beaucoup plus élevé que celui observé dans la population en général. De 1999 à 2003, dans les collectivités inuites, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour les cas de suicide et de lésions auto-infligées tant chez les personnes de sexe masculin que chez les personnes de sexe féminin atteignait 107 décès pour 100 000 personnes. Pendant cette période, ce taux s'établissait à 10 décès pour 100 000 personnes au sein de la population canadienne[273].

Les jeunes et les jeunes adultes des minorités sexuelles peuvent être plus susceptibles de se suicider que leurs pairs hétérosexuels[260]. Le *Suicide Prevention Resource Centre*, aux États-Unis, a examiné de nombreuses études révélant que les jeunes gais, lesbiennes et bisexuels âgés de 15 à 24 ans sont de 1,4 à presque 7 fois plus susceptibles de commettre une tentative de suicide que les hétérosexuels du même groupe d'âge, et jusqu'à 3 fois plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires[274]. En Colombie-Britannique, l'*Adolescent Health Survey* (AHS) mené en 2008 auprès d'élèves de la 7e à la 12e année a, pour sa part, révélé que 28 % des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels ont déjà commis une tentative de suicide, comparativement à 4 % des jeunes hétérosexuels[254]. Toujours selon l'AHS réalisé cette fois en 2003, les gais et les jeunes bisexuels et lesbiennes seraient, respectivement, de deux à cinq fois plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que les jeunes hétérosexuels[275]. Enfin, dans le cadre d'une étude menée en Ontario auprès des jeunes trans (c'est-à-dire les transsexuels, les transgenres et les personnes à genre variable) âgés de 16 à 24 ans, près de la moitié (47 %) ont indiqué avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente, et un cinquième (19 %) ont admis avoir commis une tentative de suicide[276, 277].

Santé physique

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009, 68 % des jeunes et 70 % des jeunes adultes perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne[219]. Bien que les jeunes et les jeunes adultes canadiens présentent un taux de mortalité plus faible et que, comparativement aux populations plus âgées, ils soient moins prédisposés aux maladies chroniques, ils courent davantage de risques de subir des blessures ou de mourir à la suite de blessures (voir le tableau 3.5). Ils affichent également des taux d'obésité croissants, et leurs taux d'infection transmissible sexuellement (ITS) sont les plus élevé (voir le tableau 3.6).

Mortalité

Les décès sont inhabituels chez les jeunes et les jeunes adultes. En 2007, ils ne comptaient que pour 7 % de tous les décès chez les personnes âgées de moins de 65 ans au Canada[255, 270]. Les blessures et les intoxications (intentionnelles ou accidentelles) constituaient la principale cause de mortalité chez les jeunes et les jeunes adultes (70 %), suivies des cancers (8 %)[255]. En 2007, près des trois quarts (72 %) des décès survenant chez les jeunes et les jeunes adultes touchaient les adolescents et les jeunes hommes[255].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Tableau 3.5 Santé perçue et mortalité chez les jeunes et les jeunes adultes, Canada

Santé physique	
Santé perçue, très bonne ou excellente*, 2009 (pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans)	67,7
Santé perçue, très bonne ou excellente*, 2009 (pourcentage de la population âgée de 20 à 29 ans)	70,0
Mortalité	
Taux pour 100 000 personnes âgées de 12 à 19 ans, 2007	
Blessures et intoxications	22,1
Accidents de transport	10,0
Lésions auto-infligées	6,1
Autres blessures accidentelles	3,1
Cancers	2,8
Maladies du système nerveux	1,7
Taux pour 100 000 personnes âgées de 20 à 29 ans, 2007	
Blessures et intoxications	40,2
Accidents de transport	14,5
Lésions auto-infligées	12,7
Autres blessures accidentelles	7,3
Cancers	4,7
Maladies de l'appareil circulatoire	2,5

* Indique les données autodéclarées.

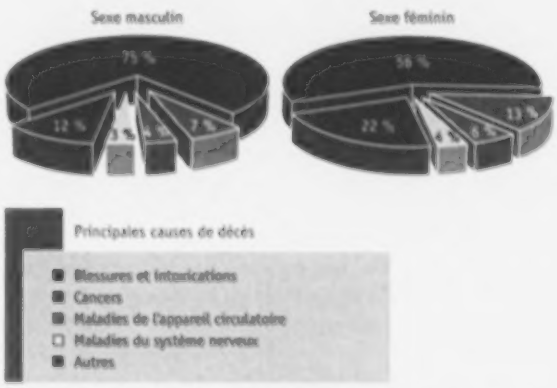
Remarque : Pour plus de détails, voir l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : Statistique Canada et Agence de la santé publique du Canada.

Toutefois, comme l'indique la figure 3.13, les blessures et les intoxications constituent la principale cause de mortalité chez tous les jeunes et les jeunes adultes; elles représentent une proportion plus grande des décès chez les adolescents et les jeunes hommes (75 %) que chez les adolescentes et les jeunes femmes (56 %)[255]. Les blessures et les intoxications ayant causé la mort chez les jeunes et les jeunes adultes sont généralement attribuables à des accidents de transport (39 %), à des lésions auto-infligées (30 %) et à d'autres blessures accidentelles (17 %), notamment les chutes et les noyades[255]. Chez les adolescents et les jeunes hommes, près du cinquième (18 %) des accidents de transport ayant causé la mort impliquaient des véhicules tout-terrain, des motocyclettes et des embarcations nautiques[255].

En 2008, une centaine de jeunes canadiens âgés de 15 à 29 ans sont morts au travail, ce qui représente près de 10 % de tous les décès au travail qui ont été enregistrés au Canada cette année-là[270]. Il s'agissait pour la plupart de travailleurs de sexe masculin (96 %). Le plus souvent, les décès étaient causés par des collisions routières (27 %), qui survenaient principalement dans le secteur de la construction (37 %)[270]. Dans l'ensemble, le nombre de jeunes et de jeunes adultes qui meurent au travail est demeuré sensiblement le même depuis les cinqs dernières années[270].

Figure 3.13 Principales causes de décès chez les jeunes et les jeunes adultes de 12 à 29 ans selon le sexe, Canada, 2007[255]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide de la Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada.

Problèmes de santé et maladies

Certains problèmes de santé physique ont des répercussions immédiates sur la santé des jeunes et des jeunes adultes alors que d'autres ont des effets à long terme. Bien qu'ils ne soient pas propres aux jeunes et aux jeunes adultes, ces problèmes demeurent préoccupants en raison de leur importance sur l'état de santé actuel et futur de ce groupe d'âge.

Maladies de l'appareil respiratoire

L'asthme est l'une des maladies respiratoires les plus fréquemment diagnostiquées chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada[208]. En 2009, 11 % d'entre eux ont indiqué avoir reçu un tel diagnostic[210]. Les jeunes et les jeunes adultes immigrants sont toutefois moins touchés par cette maladie (6 %)[210]. Le faible poids à la naissance, l'exposition à la fumée du tabac et les prédispositions génétiques peuvent provoquer l'apparition précoce de l'asthme, tandis que son apparition tardive a été associée à des prédispositions génétiques, à l'obésité, à une exposition accrue aux allergènes et autres irritants présents dans l'air, tels que la pollution[280, 281].

Le Canada présente un faible taux de tuberculose, et cette maladie n'est plus fréquente dans la population en général. Elle suscite néanmoins des inquiétudes dans les collectivités inuites et des Premières nations et chez les immigrants provenant d'une région où la prévalence de cette maladie demeure élevée[282, 283]. Entre 2000 et 2009, 71 % de tous les cas de tuberculose chez les Canadiens âgés de 15 à 29 ans ont été diagnostiqués chez les immigrants, 21 % chez les Autochtones, 8 % chez les non Autochtones nés au Canada et 1 % chez les Canadiens d'origine inconnue[284]. En 2009, le taux d'incidence le plus élevé de tuberculose a été observé chez les peuples autochtones, où l'on a d'ailleurs constaté une importante hausse depuis 2005 (voir la figure 3.14)[284]. Les logements surpeuplés et l'accès limité aux soins de santé dans les régions éloignées pourraient expliquer en partie la prévalence de la tuberculose dans les collectivités autochtones[282, 285, 286].

Tableau 3.6 Santé physique des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Santé physique	
Problèmes de santé et maladies	
Asthme*, 2009 (pourcentage de la population âgée de 12 à 29 ans)	11,1
Embonpoint ou obésité, 2007-2009 (pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans)	29,4
Embonpoint ou obésité, 2007-2009 (pourcentage de la population âgée de 20 à 29 ans)	42,7
Prévalence du diabète, 2004-2005 (pourcentage de la population âgée de 15 à 19 ans)	0,5
Prévalence du diabète, 2004-2005 (pourcentage de la population âgée de 20 à 29 ans)	0,8
Incidence du cancer, 2007 (taux annuel normalisé selon l'âge pour 100 000 personnes par année, population âgée de 15 à 29 ans)	34,8
Population âgée de 12 à 19 ans	
Blessures non traitées*, 2009 (pourcentage de la population ayant subi des blessures)	43,9
Hospitalisations pour blessures‡, 2005-2006 (pourcentage d'hospitalisations)	18,1
Population âgée de 20 à 29 ans	
Blessures non traitées*, 2009 (pourcentage de la population ayant subi des blessures)	46,5
Hospitalisations pour blessures‡, 2005-2006 (pourcentage d'hospitalisations)	7,7
Infections transmissibles sexuellement, population âgée de 15 à 19 ans, 2009	
Chlamydia (taux pour 100 000 personnes)	1 041,7
Gonorrhée (taux pour 100 000 personnes)	102,5
Syphilis infectieuse (taux pour 100 000 personnes)	2,3
VIH (nombre de tests positifs)	49
Infections transmissibles sexuellement, population âgée de 20 à 29 ans, 2009	
Chlamydia (taux pour 100 000 personnes)	1 021,2
Gonorrhée (taux pour 100 000 personnes)	116,1
Syphilis infectieuse (taux pour 100 000 personnes)	9,4
VIH (nombre de tests positifs)	533

* Indique les données autodéclarées.

‡ Québec non compris.

Remarque : Pour d'autres détails, voir l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : Statistique Canada et Agence de la santé publique du Canada.

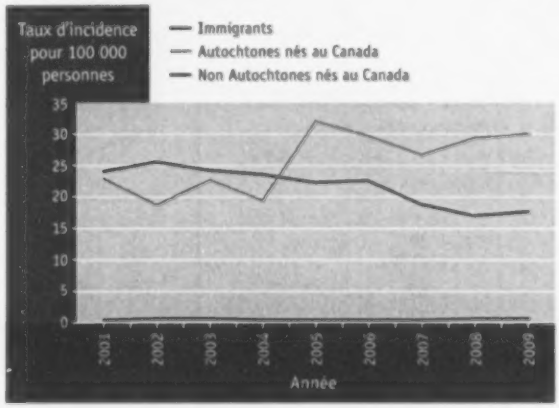
Poids santé

Le niveau d'activité physique, l'accès à des aliments sains, le niveau de scolarité et le niveau de revenu sont autant de facteurs qui peuvent agir sur les risques d'obésité, car ils déterminent les perceptions, les connaissances et les comportements individuels liés au mode de vie sain et au poids santé[287].

Le taux d'obésité chez les enfants canadiens est plus élevé que par le passé, et cette situation se confirme, sans grande surprise, chez les jeunes et les jeunes adultes[30]. Entre 1978-1979 (Enquête santé Canada) et 2007-2009 (Enquête canadienne sur les mesures de santé), le taux d'obésité réel est passé de 3 % à 11 % chez les jeunes et a plus que doublé chez les jeunes adultes, passant de 6 % à 15 %[288, 289]. En 2007-2009, les adolescents et les adolescentes présentaient un taux à peu près équivalent d'embonpoint (20 % et 18 % respectivement) et d'obésité (12 % et 9 % respectivement) (voir la figure 3.15)[289]. Chez les jeunes adultes cependant, l'écart entre les sexes était plus important. En effet, les jeunes hommes étaient plus susceptibles d'afficher un excès de poids (34 % comparativement à 21 % des jeunes femmes), alors qu'une plus forte proportion de jeunes femmes étaient considérées comme obèses (18 % comparativement à 13 % des jeunes hommes)[289].

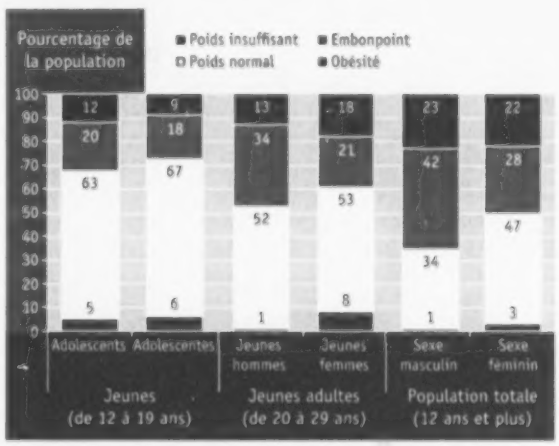
Chez les immigrants, on a évalué qu'un plus faible pourcentage de jeunes et de jeunes adultes étaient atteints d'embonpoint ou d'obésité. De fait, seulement 17 % des jeunes immigrants présentaient un excès de poids et à peine 5 % étaient considérés comme obèses[289]. On notait également une différence entre le taux d'embonpoint ou d'obésité chez les adolescents (26 %) et chez les adolescentes (19 %)[289]. Au total, 36 % des jeunes immigrants adultes présentaient un poids excessif alors que 8 % étaient considérés comme obèses[289]. Comme c'est le cas chez les jeunes, le pourcentage des jeunes hommes immigrants atteints d'embonpoint ou d'obésité (46 %) était plus élevé que celui des jeunes femmes immigrantes (31 %)[289]. Les taux d'embonpoint et d'obésité des immigrants varient en fonction du temps écoulé depuis leur arrivée au pays. En effet, les immigrants qui vivent depuis longtemps au Canada tendent à afficher des taux plus élevés[293].

Figure 3.14 Taux d'incidence de la tuberculose chez les jeunes et les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans selon l'origine, Canada, de 2001 à 2009[284]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose.

Figure 3.15 Catégories d'indice de masse corporelle réel selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007-2009[289-291]



Remarque : Pour d'autres détails sur le poids insuffisant, l'embonpoint et l'obésité chez les jeunes, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (2007-2009), Statistique Canada.

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

CHAPITRE 3

Les taux d'embonpoint et d'obésité sont encore plus élevés parmi les jeunes et les jeunes adultes autochtones. Selon l'ESCC de 2009, 20 % des jeunes autochtones vivant hors réserve présentaient un excès de poids et 7 % étaient considérés comme obèses[219]. Et ces taux étaient à peine plus élevés chez les adolescents (29 %) que chez les adolescentes (25 %)[219]. L'ERS de 2008-2010 a révélé des résultats similaires chez les jeunes des Premières nations âgés de 12 à 17 ans et vivant dans une reserve : 30 % étaient atteints d'embonpoint et 13 % étaient considérés comme obèses[220]. Quant aux jeunes adultes vivant hors réserve, 30 % présentaient un surplus de poids et 15 % étaient obèses[219]. Encore une fois, le pourcentage des jeunes hommes atteints d'embonpoint ou d'obésité (50 %) était supérieur à celui des jeunes femmes (40 %)[219].

L'activité physique est essentielle à l'atteinte et au maintien d'un poids santé pour tous les Canadiens. L'augmentation des comportements sédentaires (comme regarder la télévision) est directement associée à l'obésité[294]. Entre 2000-2001 et 2009, le pourcentage des jeunes consacrant en moyenne 15 heures et plus par semaine à des activités sédentaires est passé de 65 % à 76 %[219, 295]. Un accroissement encore plus marqué a été constaté chez les jeunes adultes, dont le taux de sédentarité est passé de 57 % à 75 % au cours de la même période[219, 295].

L'**indice de masse corporelle** (IMC) est un rapport entre le poids et la taille, calculé comme suit : IMC = poids (kg) / taille (m^2)[292]. Le système de classification du poids utilise six catégories d'IMC*, chacune étant associée à un niveau de risque pour la santé[292].

Classification	Catégorie d'IMC (kg/m^2)	Niveau de risque pour la santé
Poids insuffisant	Moins de 18,5	Risque accru
Poids normal	De 18,5 à 24,9	Risque le moins élevé
Embonpoint	De 25,0 à 29,9	Risque accru
Obésité	30,0 et plus	
Obésité, classe I	De 30,0 à 34,9	Risque élevé
Obésité, classe II	De 35,0 à 39,9	Risque très élevé
Obésité, classe III	40,0 et plus	Risque extrêmement élevé

* Les seuils de poids insuffisant, d'embonpoint et d'obésité pour les moins de 18 ans se trouvent à l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Les habitudes alimentaires jouent également un rôle important dans l'atteinte ou le maintien d'un poids santé[296]. Bonne nouvelle, depuis les dernières années, les jeunes et les jeunes adultes au Canada mangent davantage de fruits et de légumes. Entre 2000-2001 et 2009, le pourcentage de jeunes consommant moins de cinq fruits et légumes par jour est passé de 60 % à 51 %[219, 295]. Un changement comparable a été constaté chez les jeunes adultes, dont le pourcentage est passé de 65 % à 56 % au cours de la même période[219, 295]. Les mauvais choix alimentaires ne sont cependant pas inhabituels chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada. Selon les données de 2004, les jeunes hommes âgés de 19 à 30 ans sont les plus grands consommateurs de restauration rapide. En effet, 39 % d'entre eux ont déclaré avoir mangé dans un restaurant-minute le jour précédant l'enquête, alors que c'était le cas du tiers des adolescents de 14 à 18 ans[297]. Par ailleurs, les jeunes hommes (38 %) étaient moins nombreux que les jeunes femmes (43 %) à déclarer n'avoir mangé que des repas préparés à la maison[297].

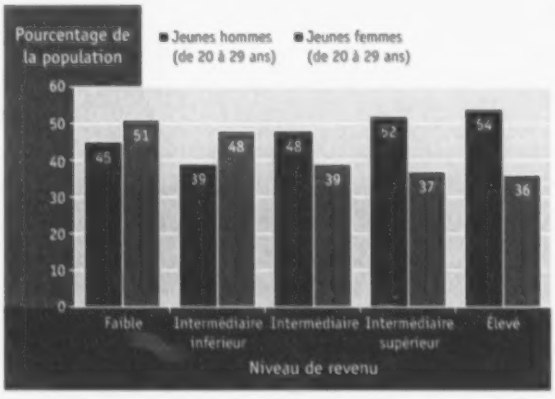
Le niveau de scolarité et le niveau de revenu sont également des facteurs associés à l'obésité[290]. Les jeunes dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires (34 %) affichent des taux d'embonpoint et d'obésité plus élevés que les jeunes dont les parents ont fait des études postsecondaires (29 %)[298]. Chez les jeunes adultes, le portrait que prend l'obésité varie en fonction du revenu. Comme le montre la figure 3.16, à mesure que l'on s'élève dans l'échelle de revenu, les taux d'embonpoint et d'obésité tendent à diminuer chez les jeunes femmes alors que, chez les jeunes hommes, ils tendent à augmenter[299]. Bien qu'il n'existe pas de corrélation claire entre le gain de poids et le revenu élevé chez les hommes, certaines recherches ont démontré que la fréquentation plus assidue des restaurants pouvait expliquer la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité[299, 300]. En contrepartie, les hommes qui gagnent un revenu plus modeste semblent occuper des emplois plus exigeants physiquement, ce qui pourrait expliquer en partie les taux moins élevés d'embonpoint et d'obésité[299, 301].

Les jeunes atteints d'embonpoint ou d'obésité sont plus susceptibles de développer des maladies chroniques plus tard dans la vie[292, 296, 302]. L'excès de poids les expose à des risques accrus de maladies de la vésicule biliaire, de problèmes respiratoires, de maladies cardiovasculaires,

d'hypertension, d'arthrose, de certains types de cancer (par exemple, les cancers du sein, de l'endomètre, du côlon, de la prostate et du rein), de problèmes psychosociaux, de limitations fonctionnelles et d'infertilité[292, 296, 302].

L'embonpoint ou l'obésité, ainsi que le manque d'activité physique, contribuent également au diabète, une maladie de plus en plus diagnostiquée chez les jeunes[303-307]. En 2004-2005, le Système national de surveillance du diabète (SNSD) a signalé que 0,5 % des jeunes de 15 à 19 ans et 0,9 % des jeunes adultes de 20 à 29 ans étaient atteints de diabète[304]. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006, les jeunes métis et les jeunes des Premières nations vivant hors réserve ont déclaré des taux de diabète diagnostiqué comparables à celui des autres jeunes canadiens âgés de 15 à 19 ans (0,8 % et 0,6 % respectivement), quant à elle, un taux presque deux fois plus élevé est déclaré chez les Inuit (1,5 %)[308]. Le taux de diabète diagnostiqué autodéclaré par les Inuit et les Métis âgés de 20 à 34 ans était toutefois comparable à celui de l'ensemble des jeunes adultes au Canada (1,0 % et 1,5 % respectivement). Par contre, ce taux était beaucoup plus élevé chez les jeunes adultes des Premières nations vivant hors réserve (2,8 %)[308].

Figure 3.16 Taux d'embonpoint et d'obésité réels chez les jeunes adultes selon le sexe et le revenu, Canada, territoires non compris, 2004[298]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2004), Statistique Canada.

Cancer

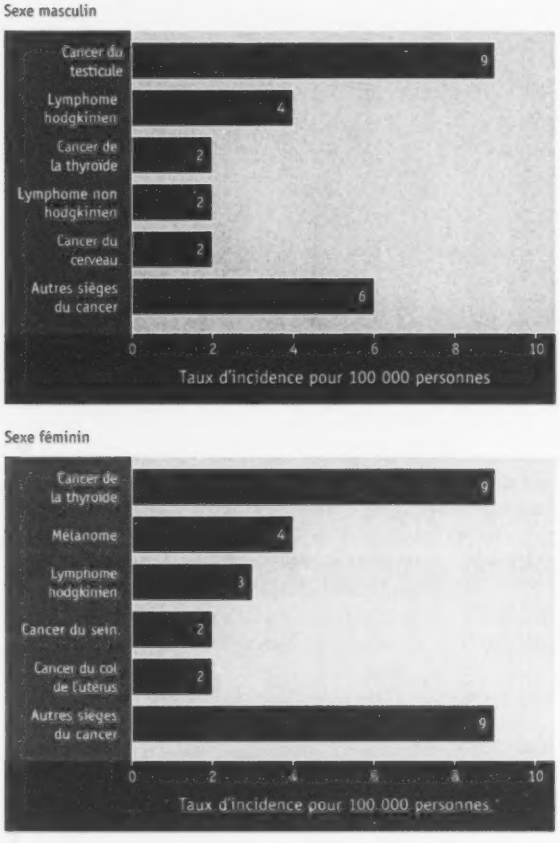
L'incidence du cancer chez les jeunes et les jeunes adultes de 15 à 29 ans est largement inférieure à celle observée dans les populations plus âgées[309]. Dans l'ensemble, les diagnostics de cancer semblent plus fréquents chez les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 29 ans que chez les adolescents et les jeunes hommes du même groupe d'âge[309]. En 2007, les cancers les plus souvent diagnostiqués chez les adolescentes et les jeunes femmes étaient le cancer de la thyroïde, le mélanome, le lymphome hodgkinien, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus (voir la figure 3.17)[179, 310]. Le cancer de la thyroïde a été diagnostiqué deux fois plus souvent chez les jeunes femmes que chez les adolescentes (11 cas sur 100 000 comparativement à 5 cas sur 100 000)[179, 310]. Les cancers les plus fréquents chez les adolescents et les jeunes hommes sont le cancer du testicule, le lymphome hodgkinien ou non hodgkinien, le cancer de la thyroïde et le cancer du cerveau[179, 310]. Le cancer du testicule a été diagnostiqué trois fois plus souvent chez les jeunes hommes que chez les adolescents (11 cas sur 100 000 comparativement à 3 cas sur 100 000)[179, 310]. En fait, entre 1998 et 2007, on a dénombré plus de cas de cancer du testicule chez les jeunes hommes de 25 à 29 ans que dans tout autre groupe d'âge[179, 310].

Les jeunes et les jeunes adultes qui reçoivent un diagnostic de cancer ont de bien meilleures chances de survie que la plupart des Canadiens. La proportion de la survie observée à cinq ans chez les jeunes et les jeunes adultes, pour tous les cancers diagnostiqués, était de 85 % entre 2001 et 2004, alors que le rapport de survie relative à cinq ans est évalué à 62 % dans l'ensemble de la population canadienne[309]. Cela représente une amélioration, puisque la proportion de la survie observée à cinq ans chez les jeunes et les jeunes adultes était de 80 % près d'une décennie plus tôt, et ce, pour tous les cancers diagnostiqués entre 1992 et 1995[309].

Blessures

Les blessures représentent non seulement la principale cause de décès chez les jeunes et les jeunes adultes, mais chaque année des centaines de milliers de jeunes et de jeunes adultes au Canada s'infligent des blessures non mortelles de gravités diverses[219, 220, 241, 255, 311, 312]. Beaucoup

Figure 3.17 Taux d'incidence de certains cancers chez les jeunes et les jeunes adultes de 15 à 29 ans selon le sexe, Canada, 2007[179, 310]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données du *Registre canadien du cancer*, Agence de la santé publique du Canada, Conseil canadien des registres du cancer et Statistique Canada.

Lorsque, dans le cadre de l'ESCC de 2009, on a interrogé les jeunes de 12 à 19 ans sur la sécurité dans les sports et les loisirs pratiqués au cours de la dernière année, 29 % ont indiqué qu'ils portaient toujours un casque à vélo et 34 %, qu'ils mettaient toujours un casque pour faire du patin à roues alignées. Le port de protège-poignets (11 %), de protège-coudes (10 %) ou de l'équipement protecteur complet (8 %) était, par contre, moins courant. De plus, 62 % des jeunes skieurs ont mentionné qu'ils portaient toujours un casque, comparativement à seulement 55 % des jeunes adeptes de planche à neige. Il faut toutefois préciser que plus des trois quarts (76 %) des jeunes pratiquant à la fois le ski et la planche à neige ont indiqué qu'ils portaient toujours un casque. De plus, une proportion de 16 % des jeunes disent utiliser un protecteur buccal lorsqu'ils jouent au hockey[219].

En revanche, lorsqu'on a posé les mêmes questions aux jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans concernant les activités sportives pratiquées au cours des 12 mois précédents, 24 % d'entre eux ont répondu qu'ils mettaient toujours un casque à vélo et 16 %, qu'ils portaient toujours un casque pour faire du patin à roues alignées. Le port de protège-poignets (14 %) ou de protège-coudes (6 %) était aussi moins répandu, et seulement 4 % des répondants enfilaient l'équipement protecteur complet. Chez les skieurs, 20 % ont indiqué qu'ils portaient toujours un casque contre 31 % des planchistes. Plus du quart (26 %) des jeunes adultes pratiquant à la fois le ski et la planche à neige disent porter toujours un casque. Enfin, 14 % des jeunes adultes ont mentionné qu'ils jouaient toujours au hockey avec un protecteur buccal (3 % des femmes et 16 % des hommes)[219].

de ces blessures ne nécessitent pas de soins médicaux, alors que d'autres, plus graves, requièrent souvent une hospitalisation[219, 261].

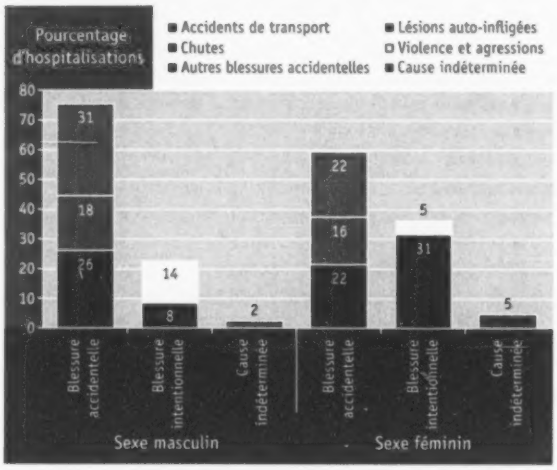
Selon l'ESCC de 2009, 27 % des jeunes (29 % des adolescents et 24 % des adolescentes) et 18 % des jeunes adultes (23 % des jeunes hommes et 12 % des jeunes femmes) ont déclaré avoir subi, dans la dernière année, une blessure qui les a empêchés de mener leurs activités quotidiennes normales[219]. Moins de la moitié d'entre eux (45 %) ont indiqué ne pas avoir consulté un spécialiste de la santé dans les 48 heures suivant l'incident[219]. Les blessures non traitées touchaient, le plus souvent, les chevilles et les pieds (34 %), les genoux et le bas de la jambe (15 %) ainsi que les mains (13 %)[219]. Ces blessures survenaient, la plupart du temps, en pratiquant un sport (57 %) ou à la maison (23 %)[219].

Les blessures plus graves peuvent nécessiter une visite à l'urgence. En 2008, le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), qui a été implanté dans les urgences de 15 centres hospitaliers des principales villes du Canada, a compilé plus de 30 000 dossiers médicaux liés à des accidents avec blessures chez les jeunes[311]. Dans l'ensemble, les adolescents (63 %) étaient plus nombreux que les adolescentes (37 %) à se présenter à l'urgence[311]. Ils étaient généralement traités pour des blessures mineures (37 %) et des fractures (27 %), alors que les adolescentes recevaient des soins pour des blessures mineures (39 %) et des entorses (19 %)[311].

Les jeunes adultes se présentaient aussi à l'urgence pour faire soigner leur blessures. Selon le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), en 2008, certains services d'urgence ont compilé près de 200 000 visites des jeunes adultes de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Yukon pour des blessures accidentelles (soit 24 % de toutes les visites faites par de jeunes adultes dans les urgences)[312]. Les blessures les plus communes étaient attribuables aux chutes (18 %), aux accidents de transport (12 %) et au surmenage (11 %) (y compris les mouvements épuisants ou répétitifs, comme lever des poids ou des objets lourds, courir un marathon ou ramer)[312]. Dans l'ensemble, la proportion des jeunes hommes ayant reçu des soins (64 %) était supérieure à celle des jeunes femmes (36 %)[312]. Les blessures les plus courantes, aussi bien chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, touchaient les poignets et les mains (27 % pour les jeunes hommes et 20 % pour les jeunes femmes), la tête (19 % pour les jeunes hommes et 13 % pour les jeunes femmes) ainsi que les chevilles et les pieds (13 % pour les jeunes hommes et 18 % pour les jeunes femmes)[312].

Selon l'ERS de 2008-2010, 30 % des jeunes des Premières nations âgés de 12 à 17 ans et vivant dans une réserve ont subi des blessures au cours de la dernière année[220]. Les blessures les plus souvent signalées chez cette population étaient des coupures mineures, des éraflures et des meurtrissures (43 % des répondants), des entorses et des foulures importantes (34 % des répondants) et des fractures (30 % des répondants)[220]. Les répondants ont

Figure 3.18 Hospitalisations pour blessures chez les jeunes et les jeunes adultes de 12 à 29 ans, Canada, Québec non compris, 2005-2006[241]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

déclaré que, la plupart du temps, ces blessures étaient causées par une chute (44 % des répondants), un contact accidentel avec un animal ou une autre personne (17 % des répondants) ou un accident de vélo (15 % des répondants). Plus de la moitié des répondants (59 %) ont subi des blessures liées à la pratique d'un sport ou d'une activité physique[220].

Les blessures graves peuvent exiger l'hospitalisation. En 2005-2006, plus de 35 000 jeunes et jeunes adultes canadiens (à l'exception du Québec, où les données comparables ne sont pas disponibles) ont été hospitalisés pour des blessures (10 % de toutes les hospitalisations de jeunes et de jeunes adultes)[241]. Un peu plus des deux tiers (70 %) de ces hospitalisations étaient attribuables à des blessures accidentelles et 27 %, à des blessures intentionnelles[241]. Les hospitalisations pour blessures survenaient plus souvent chez les hommes (66 % chez les jeunes et 68 % chez les jeunes adultes) que chez les femmes (34 % chez les jeunes et 32 % chez les jeunes adultes)[241].

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les accidents de transport et les chutes représentaient

les deux principales causes de blessures accidentelles ayant conduit à une hospitalisation (voir la figure 3.18)[241]. Par contre, chez les femmes, les blessures intentionnelles étaient responsables de 36 % des hospitalisations pour blessures, y compris les lésions auto-infligées (31 %), alors que ce pourcentage était de 22 % chez les hommes[241].

Une étude menée en 2004-2005 sur les cas d'hospitalisation nécessitant des soins de courte durée a démontré que, selon les revenus familiaux, les jeunes de 10 à 19 ans ne subissaient pas les mêmes types de blessures. En effet, les jeunes vivant dans des quartiers à faible revenu étaient plus souvent admis pour des coupures ou des intoxications alors que ceux des milieux favorisés recevaient des soins pour des blessures attribuables à une chute ou un coup[313].

Étant donné la grande proportion de jeunes et de jeunes adultes sur le marché de l'emploi, les blessures subies au travail suscitent des inquiétudes[314]. Selon les données de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada, les jeunes de 15 à 19 ans et les jeunes adultes ont subi près de 80 000 accidents de travail en 2008, soit 25 % de tous les accidents de travail survenus cette année-là[278, 279]. Les blessures étaient habituellement causées par l'épuisement physique (20 %) et le fait d'être heurté par un objet (18 %)[279]. La moitié de toutes les blessures au travail chez les jeunes et les jeunes adultes survenaient dans les secteurs de la fabrication (18 %), de la construction (16 %) et du commerce du détail (16 %)[279]. Comme c'est le cas des décès en milieu de travail, les blessures étaient beaucoup plus fréquentes (71 %) chez les jeunes hommes[279].

Les données du Programme national de statistiques sur les accidents de travail proviennent des dossiers qu'utilise l'Association des commissions des accidents du travail du Canada pour traiter les réclamations d'indemnités. Ces données servent à compiler les statistiques relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles[278].

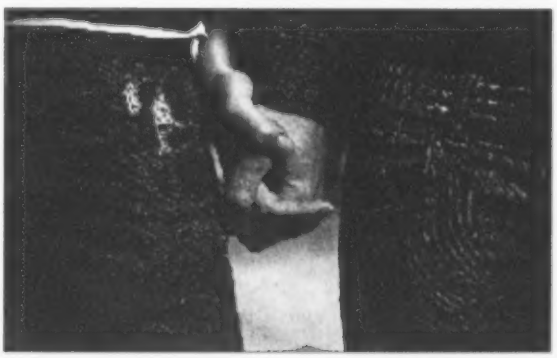
Les données sont représentatives du nombre de travailleurs protégés par des indemnités. On estime à 80 % la proportion de travailleurs protégés, quoique ce taux varie selon les administrations[278].

Infections transmissibles sexuellement

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) peuvent se manifester par des changements physiques mineurs, des douleurs ou de l'inconfort. Cependant, dans de nombreux cas, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme et, par conséquent, ne sont souvent pas traitées[160, 315, 316]. Les ITS non traitées, qu'elles soient symptomatiques ou non, peuvent avoir des conséquences à long terme sur la santé. Chez les femmes, les ITS peuvent entraîner une atteinte inflammatoire pelvienne, des grossesses extra-utérines et des avortements spontanés, ou peuvent augmenter les risques de donner naissance à un enfant de faible poids[317]. Les ITS ont aussi été associées à divers types de cancers, dont le cancer du col de l'utérus, le cancer de l'anus et le cancer du pénis[317, 318].

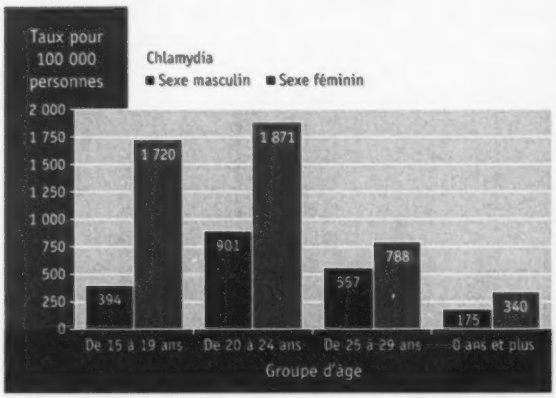
Le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire permet de faire un suivi des cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement (ITS). Cependant, le nombre de cas déclarés (et leurs conséquences) ne tient pas compte de toutes les infections dans la population. Dans de nombreux cas, il est possible qu'une personne infectée, et ne présentant aucun symptôme, n'ait pas été soumise à un test[160].

La fluctuation des taux doit être interprétée avec prudence parce qu'elle peut résulter de changements ou d'améliorations dans les pratiques de dépistage (comme les tests diagnostiques) et dans les techniques de laboratoire. Les taux sont également plus sujets aux fluctuations dans le temps si le nombre de cas déclarés est minime.



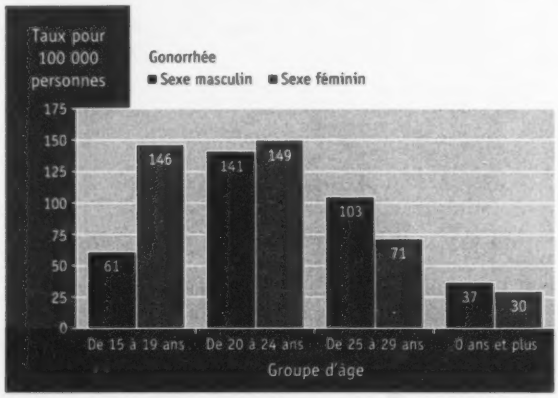
La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.19 Taux d'infection à la chlamydia selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009[161]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de la surveillance et de l'épidémiologie sur les ITS (infections transmissibles sexuellement).

Figure 3.20 Taux d'infection à la gonorrhée selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009[163]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de la surveillance et de l'épidémiologie sur les ITS (infections transmissibles sexuellement).

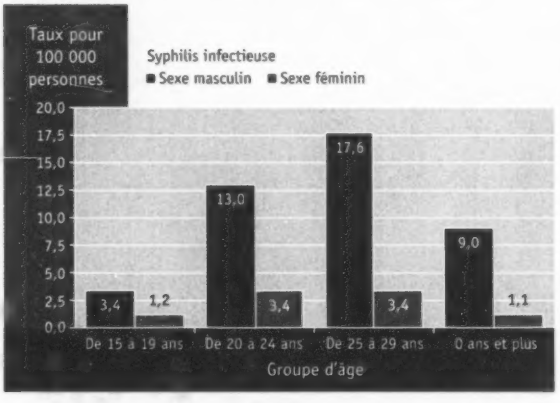
Selon le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, les taux déclarés d'ITS ont augmenté au Canada entre 1994 et 2009. On a en effet constaté une augmentation des taux de chlamydia (de 142,0 à 258,5 cas pour 100 000 personnes), de gonorrhée (de 21,2 à 33,1 cas pour 100 000 personnes) et de syphilis infectieuse (de 0,6 à 5,0 cas pour 100 000 personnes)[161-163].

Même si, au cours des dix dernières années, on a remarqué une augmentation des cas de chlamydia dans tous les groupes d'âge, c'étaient les Canadiens de moins de 30 ans qui affichaient les taux les plus élevés[161]. En 2009, les jeunes femmes de 20 à 24 ans présentaient le taux le plus élevé (1 871 cas pour 100 000 personnes), soit plus de sept fois le taux national et plus de cinq fois le taux enregistré chez les femmes en général (voir la figure 3.19)[161]. Chez les hommes aussi, c'étaient les jeunes adultes de 20 à 24 ans qui étaient les plus touchés, même si leur taux de 901 cas pour 100 000 personnes équivalait à la moitié de celui observé chez les femmes[161]. En 2000, dans les collectivités des Premières nations, le taux de chlamydia chez les adolescentes et les jeunes femmes était de 6 572 cas pour 100 000 personnes, un taux plus de cinq fois supérieur à celui de l'ensemble des adolescentes de 15 à 19 ans (1 234 cas pour 100 000 personnes) et de l'ensemble des jeunes femmes de 20 à 24 ans (1 176 cas pour 100 000 personnes) cette année-là[161, 164].

La majorité des cas de gonorrhée déclarés au Canada en 2009 touchaient les Canadiens de moins de 30 ans et plus des deux tiers (70 %) concernaient des jeunes et des jeunes adultes de 15 à 29 ans[163]. On trouvait les plus hauts taux d'infection à déclaration obligatoire, comme la chlamydia, chez les jeunes hommes et les jeunes femmes de 20 à 24 ans, qui affichaient respectivement des taux de 141 et 149 cas pour 100 000 personnes (voir la figure 3.20)[163]. Dans le groupe des 15 à 19 ans, le taux d'infection était au moins deux fois plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents, alors que, chez les 25 à 29 ans, c'étaient les jeunes hommes qui étaient plus touchés que les jeunes femmes[163].

Même si les taux déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté depuis 1996, une hausse prononcée s'est amorcée en 2000, en particulier chez les jeunes hommes de 25 à 29 ans, dont le taux d'infection est passé de 1,7 cas à 17,6 cas pour 100 000 personnes entre 1994 et 2009[162]. Contrairement à la chlamydia et à la

Figure 3.21 Taux d'infection à la syphilis infectieuse selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009[162]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de la surveillance et de l'épidémiologie sur les ITS (infections transmissibles sexuellement).

gonorrhée, le taux de syphilis infectieuse était beaucoup plus élevé chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes en 2009, et ce, dans tous les groupes d'âge (voir la figure 3.21)[162]. Les taux d'infections à la syphilis infectieuse chez les femmes étaient beaucoup plus bas en 2009 quand leur taux le plus élevé enregistré étant de 3,4 cas pour 100 000 personnes, aussi bien chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans que chez celles de 25 à 29 ans[162].

En 2009, au Canada, plus d'un cinquième (22 %) des tests positifs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) concernaient les jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans[319]. La proportion des tests positifs pour les jeunes âgés de 15 à 19 ans et les jeunes adultes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes[319]. On comptait près d'un cas sur vingt (4,5 %) chez les femmes dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans, contre 1,2 % chez les hommes. De plus, on comptait 25 % des cas chez les femmes parmi les jeunes adultes, contre 21,1 % chez les hommes.[319]. Parmi les jeunes et les jeunes adultes de 15 à 29 ans qui ont été déclarés séropositifs en 2009, la catégorie d'exposition le plus souvent signalée a été les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (32 %), suivis le contact hétérosexuel (15 %) et l'utilisation de drogues par injection (15 %)[319].

Les jeunes de la rue courent aussi un risque plus élevé de contracter des ITS. Selon une enquête canadienne menée en 2006 auprès des jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans, 10 % de ces jeunes avaient contracté la chlamydia (9 % des hommes et 11 % des femmes), comparativement à 1 % chez tous les jeunes et les jeunes adultes de ce groupe d'âge. La même enquête a aussi permis de constater que le taux de gonorrhée chez les jeunes de la rue (1 %) était 10 fois supérieur à celui de la population générale des jeunes âgés de 15 à 24 ans[320].

Même si le virus du papillome humain (VPH) n'est pas une ITS à déclaration obligatoire, c'est néanmoins l'une des plus courantes. On estime que la majorité des Canadiens sexuellement actifs (plus de 70 %) contracteront ce type d'infection à un moment dans leur vie[318]. Même si la plupart des cas seront asymptomatiques et ne nécessiteront aucun traitement, les infections persistantes de certaines souches du VPH représentent la principale cause du cancer du col de l'utérus. De plus, les données suggèrent que ces infections pourraient être, après le tabagisme, la principale cause du cancer du poumon[318, 321]. D'autres types de VPH ont aussi été associés aux verrues génitales, au cancer du pénis et au cancer de l'anus[318].

Comportements à risque pour la santé

Il est normal pour les jeunes et les jeunes adultes d'adopter des comportements à risques. Cette fonction est liée à l'une des étapes essentielles au développement de leur cerveau et répond à leur besoin de se sentir indépendants et responsables de leurs actes[322]. Bien sûr, tous les risques ne sont pas équivalents. Certains jeunes et jeunes adultes au Canada adoptent des comportements susceptibles de nuire à leur santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues et les comportements sexuels à risque (voir le tableau 3.7). Certains jeunes canadiens révèlent aussi des comportements qui les exposent à des risques au volant, comme parler au cellulaire, envoyer des messages textes, manger, boire ou utiliser un système de positionnement par satellite (GPS). Il faut toutefois noter qu'entre 2000 et 2007 le nombre de collisions provoquées par la conduite inattentive des jeunes âgés de 16 à 19 ans a chuté de 3 100 à 2 500[100]. Pour la même période, le nombre de collisions provoquées par des conducteurs inattentifs âgés de 20 à 29 ans est demeuré stable, soit environ 5 000 par année[100].

Tableau 3.7 Comportements liés à la santé chez les jeunes et les jeunes adultes, Canada

Comportements liés à la santé	
Santé sexuelle, 2008	
Taux de grossesse chez les adolescentes (pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans)	14,3
Toxicomanie, population âgée de 15 à 19 ans, 2009 (pourcentage)	
Abus d'alcool* (cinq verres ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année)	31,7
Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois*	27,1
Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, à l'exception du cannabis*	6,6
Fumeur actuellement*	13,0
Toxicomanie, population âgée de 20 à 29 ans, 2009 (pourcentage)	
Abus d'alcool* (cinq verres ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année)	39,7
Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois*	24,0
Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, à l'exception du cannabis*	7,6
Fumeur*	22,5

* Indique les données autodéclarées.

Remarque : Pour plus de détails, voir l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : Statistique Canada et Santé Canada.

De nombreuses études démontrent que, comparativement aux adolescentes et aux jeunes femmes, les adolescents et les jeunes hommes sont davantage portés à prendre des risques, que ce soit par leur conduite automobile, leurs comportements sexuels, leur consommation de drogues, leur comportement en situation de conflits ou encore dans la pratique d'activités de plein air[323-330]. Ils sont également plus susceptibles de prendre des risques en présence de leurs pairs[331]. Cette tendance au risque peut, en partie, expliquer leurs taux plus élevés de blessures et de décès accidentels[332]. En effet, les hommes conducteurs sont plus souvent en cause dans les collisions automobiles avec décès et blessures que les femmes conductrices. De même, les conducteurs de 20 à 29 ans sont impliqués dans un plus grand nombre de collisions que les conducteurs âgés de 16 à 19 ans, ce qui peut toutefois se justifier par le fait qu'il y a plus de jeunes adultes que de jeunes au volant d'un véhicule[100].

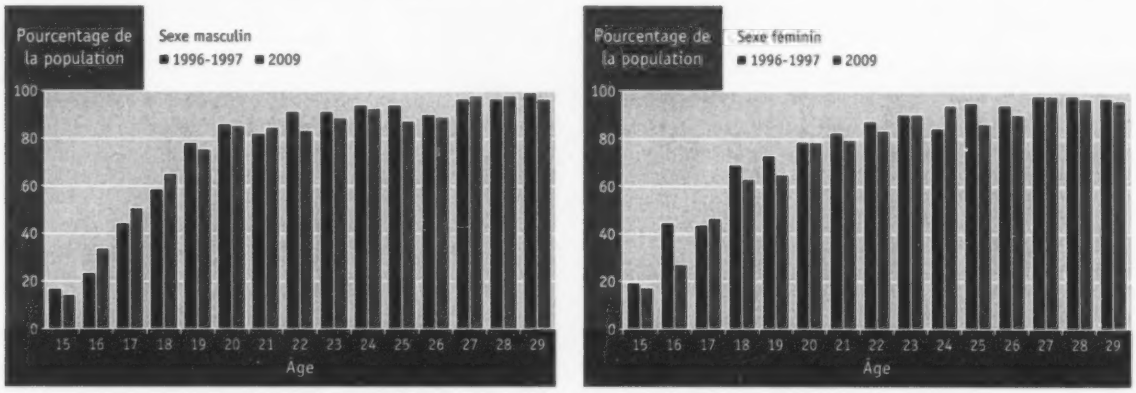
Les jeunes qui participent à des activités parascolaires et communautaires sont moins susceptibles d'adopter des comportements à risque. De même, les jeunes qui entretiennent des relations harmonieuses avec leurs parents et qui vivent des expériences positives à l'école, y compris dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs enseignants et leurs pairs, sont également moins portés vers les comportements à risque[47, 53]. À l'inverse, les jeunes qui éprouvent des problèmes d'intégration ont tendance à prendre beaucoup plus de risques[333].

Comportements sexuels à risque

La sexualité fait naturellement partie de la vie, mais elle peut comporter certains risques. Par exemple, les jeunes et les jeunes adultes sexuellement actifs adoptent parfois des comportements sexuels qui peuvent conduire à une grossesse imprévue ou entraîner des problèmes de santé, comme des ITS et les conséquences qui en résultent[334, 335].

L'activité sexuelle précoce peut accroître le risque d'autres comportements sexuels dangereux[334, 335]. En effet, les jeunes adolescents sexuellement actifs manquent parfois de maturité et de connaissances sur les conséquences que peuvent avoir leurs comportements. De plus, ils n'ont pas

Figure 3.22 Pourcentage des jeunes et des jeunes adultes de 15 à 29 ans ayant eu des relations sexuelles selon l'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2009[219, 336]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1996-1997) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2009), Statistique Canada.

toujours un accès facile à des moyens de contraception pour prévenir les ITS ou les grossesses imprévues[334, 335]. En 2009, les jeunes âgés de 15 à 19 ans et les jeunes adultes ont déclaré avoir eu leur première relation sexuelle entre 16 et 17 ans en moyenne, bien qu'une proportion de 27 % aient indiqué avoir eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 16 ans[219]. Par comparaison, en 2006, l'âge moyen de la première relation sexuelle déclaré chez les jeunes de la rue était de 14 ans[320].

Bien que ce ne soit pas tous les jeunes qui sont sexuellement actifs à un âge aussi précoce, en 2009, près de la moitié (46 %) des jeunes âgés de 15 à 19 ans et neuf jeunes adultes sur dix ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au moins une fois dans leur vie. Ces proportions augmentent toutefois avec l'âge. En effet, les pourcentages varient de 15 % chez les jeunes de 15 ans à 97 % chez les jeunes adultes de 27 ans[219]. La situation se compare à celle observée il y a plus de dix ans (voir la figure 3.22)[336]. De fait, en 1996-1997, 47 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 91 % des jeunes adultes ont indiqué avoir eu des relations sexuelles au moins une fois dans leur vie. Les pourcentages variaient de 18 % chez les jeunes de 15 ans à 97 % chez les jeunes adultes de 27 ans. Dans tous les cas, on constate une différence, quoique légère, entre les sexes (voir la figure 3.22)[219, 336].

Les partenaires multiples et les relations sexuelles non protégées font partie des comportements sexuels à risque. Parmi les jeunes et les jeunes adultes qui étaient sexuellement actifs au cours de la dernière année, plus du tiers (37 %) des jeunes de 15 à 19 ans et presque un quart (24 %) des jeunes adultes ont indiqué avoir eu plus d'un partenaire sexuel[219]. Par contre, la majorité (75 %) des jeunes qui n'étaient pas dans un mariage monogame ou en union de fait monogame ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, alors que ce pourcentage n'était que de 58 % chez les jeunes adultes[219]. Les relations avec plus d'un partenaire sexuel étaient moins fréquentes en 1996-1997, aussi bien chez les jeunes (29 %) que chez les jeunes adultes (18 %)[336].

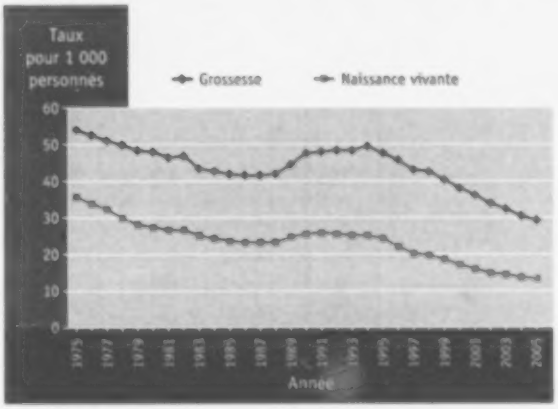
Des études démontrent que les jeunes des minorités sexuelles sont plus susceptibles que les jeunes hétérosexuels d'adopter des comportements sexuels à risque. De façon générale, ils vivent leur première expérience sexuelle à un âge plus précoce (avant 13 ou 14 ans), ont davantage de relations sexuelles non protégées ou avec plus d'un partenaire, s'adonnent à des activités sexuelles de survie et font une utilisation moins fréquente du condom[337]. Les jeunes de la rue prennent, eux aussi, de plus grands risques dans leurs comportements sexuels. En 2006, 94 % de ces jeunes ont déclaré avoir eu des

relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours de leur vie, et 43 % d'entre eux au cours des trois mois précédents[320]. Bien que l'usage du condom ne varie pas en fonction de l'âge, l'utilisation ou non d'une méthode de contraception quelconque (condom, condom féminin ou digue dentaire) lors des plus récentes relations sexuelles diffère selon le sexe du partenaire du répondant. Bien que 59 % des hommes disent avoir utilisé un moyen de contraception avec une partenaire de sexe féminin, seulement 23 % des femmes ont déclaré s'être protégées avec une partenaire de sexe féminin. Par contre, le taux de contraception était presque équivalent chez les hommes (55 %) et les femmes (47 %) ayant un partenaire de sexe masculin[320].

Une des conséquences possibles des comportements sexuels à risque, comme les relations sexuelles non protégées, est de conduire à une grossesse imprévue. En trente ans, soit entre 1975 et 2005, les taux de grossesse et de naissance chez les adolescentes ont diminué de façon constante (voir la figure 3.23)[107]. Malgré une légère remontée au début des années 1990, ces taux sont passés de 54 grossesses et 36 naissances à 29 grossesses et 13 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans de 1975 à 2005[107].

Quand les jeunes et les jeunes adultes n'ont pas les connaissances nécessaires pour faire des choix sécuritaires, ils sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque. S'ils ne comprennent pas bien les conséquences de leurs actes, ils sont moins portés à prendre les précautions qui s'imposent pour éviter les répercussions négatives[334, 335, 338]. En 2002, dans le cadre de l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada, des élèves de 7e, 9e et 11e année (âgés d'environ 12, 14 et 16 ans) ont été questionnés au sujet de leur santé et de leurs comportements sexuels. Bien que la majorité ait répondu correctement aux questions concernant les modes de transmission du VIH, près des deux tiers (64 %) des élèves de 9e année, près de la moitié (49 %) des adolescents de 11e année et plus du tiers (37 %) des adolescentes de 11e année croyaient qu'il existait des vaccins pour prévenir le VIH et le sida[339]. De plus, environ deux tiers (67 %) des élèves de 7e année, la moitié (52 %) des élèves de 9e année et le tiers (36 %) des élèves de 11e année croyaient que les personnes atteintes du VIH ou du sida pouvaient guérir si la maladie était traitée assez tôt[339]. Les élèves ont aussi montré un manque de connaissances sur les complications associées à d'autres ITS. Environ les deux tiers (64 %) des élèves de 9e année et la moitié (54 %) des élèves de 11e année ignoraient que la chlamydia pouvait entraîner de graves complications, et seulement 6 % des élèves de 9e année, 6 % des adolescentes de 11e année et 8 % des adolescents de 11e année savaient que les complications d'une ITS n'étaient pas de même gravité pour les hommes que pour les femmes[339].

Figure 3.23 Taux de grossesse* et de naissance vivante chez les adolescentes, Canada, de 1975 à 2005[107]



* Par *grossesse* on entend les naissances vivantes, les avortements provoqués et les morts fœtales.

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide de la Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada.

Toxicomanie

Selon des sondages récents menés au Canada, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances nocives les plus fréquemment consommées par les jeunes et les jeunes adultes[254, 340-343]. Pour certains jeunes, l'expérimentation fait partie du passage à la vie d'adulte, mais, pour d'autres, elle peut marquer le début de problèmes de toxicomanie[344, 345].

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

CHAPITRE 3

Certains groupes de jeunes et de jeunes adultes présentent un risque plus élevé de consommation et d'abus de substances nocives. Les problèmes de toxicomanie varient selon le sexe, et les hommes sont généralement plus susceptibles de prendre des substances nocives et d'en consommer de grandes quantités[343]. Des sondages récents semblent toutefois indiquer que l'écart entre les sexes tend à se resserrer, les jeunes femmes devenant tout aussi susceptibles que les jeunes hommes de consommer de l'alcool, de boire de façon excessive, de se soûler, de fumer et de prendre des drogues illicites[346-348].

La consommation de substances nocives est une réponse fréquente à la violence sexuelle subie pendant l'enfance ou à l'adolescence[349]. Les jeunes victimes de violence sexuelle, qui vivent en état de stress post-traumatique, sont déprimés ou ont des pensées suicidaires peuvent tenter d'apaiser leur mal de vivre par la consommation de drogues[343, 350]. Beaucoup de jeunes placés sous tutelle ont aussi déclaré avoir reçu un diagnostic de toxicomanie ou de trouble de dépendance, et certains d'entre eux disent avoir vécu dans la rue ou avoir été sans abri[351].

Les jeunes en fugue, sans abri ou qui vivent dans la rue peuvent recourir à la drogue comme méthode de survie. D'ailleurs, les taux d'abus de substances nocives (et autres conséquences négatives) sont systématiquement plus élevés chez ces jeunes que chez ceux qui fréquentent l'école[23, 352, 353]. Comparativement à leurs pairs, les jeunes des minorités sexuelles sont plus susceptibles de fumer, de boire de l'alcool, de consommer du cannabis et d'abuser de substances nocives[343]. Comparativement aux jeunes qui fréquentent l'école, une plus forte proportion de jeunes de la rue sont gais, lesbiennes ou bisexuels. Les jeunes de la rue qui appartiennent à une minorité sexuelle semblent également présenter un risque plus élevé de violence et de toxicomanie que les jeunes hétérosexuels sans abri[343]. Quant aux jeunes des collectivités inuites, métisses et des Premières nations, ils sont aussi plus à risque de développer des problèmes d'abus étant donné qu'ils sont plus souvent victimes de traumatismes, de violence, de discrimination et de harcèlement à l'école et qu'ils sont également surreprésentés parmi les jeunes de la rue et les jeunes sous tutelle[343, 354].

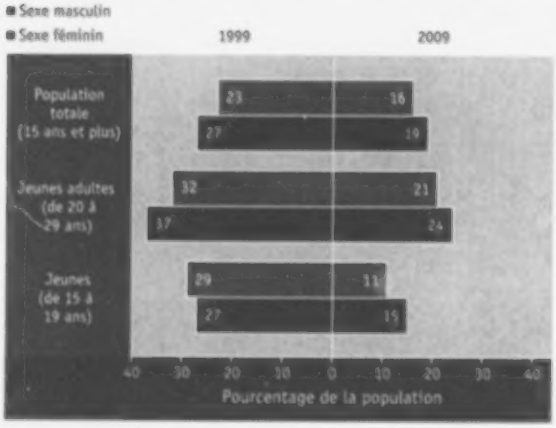
Tabagisme

La plupart des fumeurs font l'expérience de la cigarette à l'adolescence. En 2009, 22 % des fumeurs âgés de plus de 25 ans ont déclaré avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 12 ans, 59 % avant l'âge de 15 ans et 87 % avant la fin de l'adolescence[355]. Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les jeunes adultes qui affichent le taux de tabagisme le plus élevé au Canada. En 2009, leur taux de tabagisme était de 23 %, alors qu'il se chiffrait à 13 % chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans[355]. Ces taux ont diminué graduellement dans les dix dernières années; en effet, en 1999, ils s'établissaient à 28 % chez les jeunes de 15 à 19 ans et à 34 % chez les jeunes adultes (voir la figure 3.24)[355, 356].

Comparativement à la moyenne canadienne, les taux de tabagisme sont toutefois plus élevés dans certains groupes de population. Par exemple, en 2006, 15 % de tous les jeunes canadiens âgés de 15 à 19 ans étaient considérés comme des fumeurs quotidiens ou occasionnels, alors que ce taux s'établissait à 30 % chez les Métis, 38 % chez les membres des Premières nations vivant hors réserve et 68 % chez les Inuit du même groupe d'âge[308, 357]. Parmi les jeunes populations autochtones, ce sont les adolescentes inuites qui présentent la plus forte prévalence de tabagisme, soit 76 %[308]. En 2008-2010, 33 % des jeunes des Premières nations âgés de 12 à 17 ans et vivant dans une réserve ont déclaré être des fumeurs quotidiens ou occasionnels[220]. Chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans, c'est aussi dans les populations autochtones

La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada

Figure 3.24 Pourcentage de fumeurs chez les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, territoires non compris, 1999 et 2009[355, 356]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, Santé Canada.

que l'on observe les taux de tabagisme les plus élevés. En 2006, 25 % de tous les jeunes adultes au Canada étaient considérés comme des fumeurs quotidiens ou occasionnels, comparativement à 43 % des jeunes adultes métis, 51 % des jeunes adultes des Premières nations vivant hors réserve et 75 % des jeunes adultes inuits[108, 357]. En 2006, 79 % des jeunes de la rue fumaient chaque jour, et ce, peu importe le sexe[320].

Puisque la vente de produits du tabac est interdite aux moins de 18 ou 19 ans (selon la province ou le territoire), les jeunes doivent trouver des façons de s'approvisionner. Selon l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) de 2008-2009, 60 % des fumeurs âgés de 12 à 17 ans ont déclaré qu'ils se procuraient leurs cigarettes auprès d'un proche (par exemple, un ami ou un membre de la famille), qu'ils les achetaient d'une autre personne ou encore qu'ils demandaient à quelqu'un de les acheter pour eux[358].

Les jeunes non fumeurs subissent eux aussi les méfaits du tabac sur la santé, car ils font partie du groupe d'âge le plus susceptible d'être exposé à la fumée secondaire. Contrairement à la population plus âgée, les jeunes sont moins portés à limiter leur exposition à la fumée secondaire, ce qui les rend plus vulnérables aux problèmes de santé[359]. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada de 2009, 10 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans étaient régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, une baisse importante par rapport aux 31 % enregistrés en 2000[360, 361].

Le tabagisme pendant la grossesse peut augmenter le risque de croissance et de développement malsains du fœtus. En 2009, parmi les femmes qui avaient vécu une grossesse dans les cinq dernières années, 21 % de celles âgées de 20 à 24 ans ont déclaré avoir fumé régulièrement au cours de leur dernière grossesse, alors que c'était le cas de seulement 7 % des femmes âgées de 25 à 44 ans[362]. Selon l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) de 2006-2007, 29 % des adolescentes de 15 à 19 ans et 24 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans disent avoir fumé, quotidiennement ou occasionnellement, pendant les trois derniers mois de leur grossesse. Ce taux représente plus du double de celui observé dans tous les autres groupes d'âge[363]. Une proportion encore plus élevée de femmes ont déclaré avoir vécu avec un fumeur pendant leur grossesse, soit 62 % des adolescentes de 15 à 19 ans, 43 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans et 23 % des jeunes femmes de 25 à 29 ans[363].

Consommation d'alcool

L'alcool est la substance nocive la plus consommée par les jeunes et les jeunes adultes au Canada[363]. En moyenne, les jeunes commencent à boire de l'alcool vers 16 ans, soit deux ou trois ans avant l'âge légal fixé dans les provinces et les territoires du Canada[364].

Selon l'ESCC de 2009, plus des deux tiers (70 %) des jeunes âgés de 15 à 19 ans avaient consommé de l'alcool dans la dernière année et près de la moitié (48 %) en buvaient régulièrement (au moins deux ou trois fois par mois)[219]. En général, près du tiers (32 %) des jeunes en avaient consommé de façon excessive (en moyenne cinq verres ou plus, au moins une fois par mois)[219]. En outre, 14 % des adolescents et 7 % des adolescentes ont déclaré prendre cinq consommations ou plus, au moins une fois par semaine[219]. Près de la moitié (47 %) des jeunes immigrants disent avoir pris de l'alcool dans la dernière année et un tiers d'entre eux étaient considérés comme des buveurs réguliers[219]. Comme c'est le cas dans

la population en général, 30 % des jeunes immigrants ont déclaré avoir consommé de l'alcool de façon excessive[219].

Par ailleurs, l'EAPA de 2006 indique que les deux tiers des jeunes (âgés de 15 à 19 ans) des Premières nations hors réserve (66 %), les trois quarts des Métis (76 %) et plus de la moitié des Inuit (53 %), disent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. En moyenne, 42 % étaient des consommateurs réguliers (41 % des membres des Premières nations vivant hors réserve, 46 % des Métis et 30 % des Inuit)[308]. En général, le tiers des jeunes disent avoir bu de l'alcool de façon excessive, soit 35 % des jeunes des Premières nations vivant hors réserve, 32 % des Métis et 38 % des Inuit[308]. Selon l'ERS de 2008-2010, environ 40 % des jeunes des Premières nations âgés de 12 à 17 ans et vivant dans une réserve ont déclaré avoir bu de l'alcool dans la dernière année et plus de la moitié d'entre eux (51 %) disent avoir pris cinq verres ou plus à une même occasion, au moins une fois par mois[220].

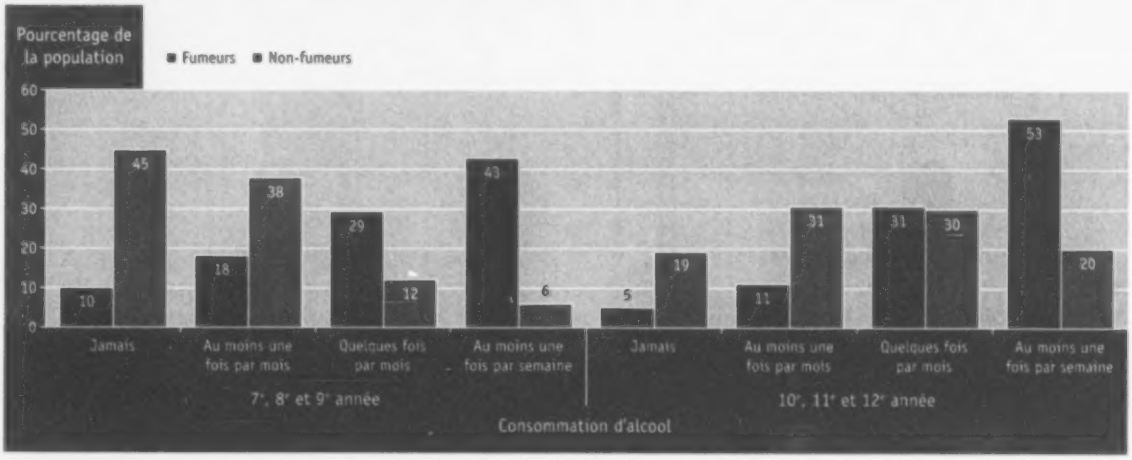
Les jeunes adultes ont l'âge légal de consommer de l'alcool dans toutes les provinces et dans tous les territoires du Canada; la grande majorité d'entre eux ont déclaré, en 2009, avoir consommé de l'alcool, que ce soit occasionnellement (72 %) ou régulièrement (15 %)[219]. Dans ce groupe, 15 % ont indiqué avoir pris, en moyenne, cinq verres ou plus, une ou plusieurs fois par semaine[219]. En général, la consommation d'alcool était plus fréquente chez les jeunes hommes (90 %) que chez les jeunes femmes (84 %)[219]. En comparaison, les deux tiers des jeunes immigrants adultes disent avoir pris de l'alcool au cours des 12 derniers mois et près de la moitié d'entre eux (49 %) étaient considérés comme des buveurs réguliers[219].

Selon l'EAPA de 2006, 88 % des jeunes adultes autochtones âgés de 20 à 34 ans (86 % des membres des Premières nations vivant hors réserve, 89 % des Métis et 79 % des Inuit) ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois et 65 % d'entre eux en avaient consommé de façon régulière (61 % des membres des Premières nations vivant hors réserve, 67 % des Métis et 57 % des Inuit)[308]. Dans l'ensemble, plus du tiers (35 %) des jeunes adultes, soit 37 % des membres des Premières nations vivant hors réserve, 35 % des Métis et 53 % des Inuit, ont déclaré avoir bu de manière excessive[308].

La consommation régulière de grandes quantités d'alcool peut nuire au développement du cerveau pendant l'adolescence et occasionner des problèmes de mémoire et d'autres troubles cognitifs[343]. Des données indiquent également que l'alcool représente un facteur de risque pour certaines maladies chroniques, comme l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancer[305, 306]. La consommation excessive d'alcool au cours de l'adolescence pourrait, à l'âge adulte, conduire à la dépression, à l'anxiété et à d'autres troubles de l'humeur[367].

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut provoquer chez le nouveau-né l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)[368]. Selon l'EEM de 2006-2007, 4,2 % des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Cette proportion grimpe à 6,3 % chez les jeunes femmes enceintes âgées de 20 à 24 ans et à 8,8 % chez celles âgées de 25 à 29 ans[363].

Figure 3.25 Consommation d'alcool chez les étudiants fumeurs et non-fumeurs de la 7e à la 9e année et de la 10e à la 12e année, Canada, territoires non compris, 2009[358]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, Santé Canada.

L'intoxication par l'alcool favorise aussi les comportements à risque, comme l'alcool au volant et les relations sexuelles non protégées[363]. En 2009, 18 % des consommateurs d'alcool âgés de 15 à 29 ans ont déclaré que, à au moins une occasion, leur consommation excessive d'alcool leur avait causé au moins un effet néfaste au cours de la dernière année. C'était le plus souvent le cas des adolescentes âgées de 15 à 19 ans (29 %)[369]. Leur consommation excessive d'alcool avait eu des répercussions négatives sur leur santé physique, leurs amitiés, leurs relations sociales, leur situation financière, leur vie familiale ou conjugale, leurs études, leur travail ou leurs possibilités d'emploi. Elle était aussi associée à des problèmes judiciaires, des problèmes de logement et des difficultés d'apprentissage[364]. La plupart des blessures physiques subies après avoir consommé de l'alcool étaient accidentelles. Les blessures causées par la violence étaient le plus souvent rapportées par les adolescents (23 %), tandis que, sous l'effet de l'alcool, les adolescentes étaient plus susceptibles de s'adonner à des actes d'automutilation (14 %)[370].

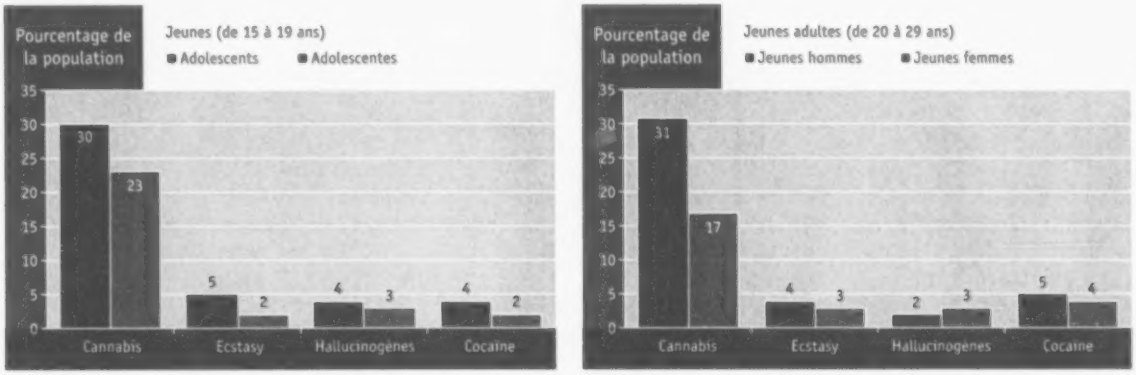
Les conducteurs de sexe masculin sont impliqués dans une plus grande proportion de collisions automobiles liées à la consommation d'alcool ou de drogues. En 2007, 41 % de toutes les collisions liées à l'alcool ou aux drogues mettaient en cause des conducteurs âgés de 16 à 19 ans (10 %) et de 20 à 29 ans (31 %)[100]. Chez les conductrices, la proportion de collisions liées à l'alcool ou aux drogues était de 10 % au total dans ces deux groupes d'âge[100].

Les données de l'ETJ de 2008-2009 révèlent que la consommation d'alcool était plus fréquente chez les élèves qui fumaient. En effet, 90 % des élèves fumeurs de la 7e à la 9e année et 95 % des élèves fumeurs de la 10e à la 12e année disent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, alors que, pour ces mêmes groupes scolaires, c'était le cas de seulement 54 % et 81 % des élèves non-fumeurs (voir la figure 3.25)[358]. Dans la dernière année, la consommation excessive d'alcool (au moins une fois par semaine) était aussi plus fréquente chez les fumeurs (36 % des élèves de la 7e à la 9e année et 45 % des élèves de la 10e à la 12e année) que chez les non-fumeurs (8 % des élèves de la 7e à la 9e année et 16 % des élèves de la 10e à la 12e année)[358].

Consommation de drogues

En 2009, le cannabis était la drogue la plus consommée chez les jeunes de 15 à 19 ans et chez les jeunes adultes. Plus du quart (27 %) des jeunes ont déclaré avoir

Figure 3.26 Consommation de drogues illicites chez les jeunes et les jeunes adultes selon le sexe, Canada, territoires non compris, 2009[369]



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, Santé Canada.

consommé du cannabis dans la dernière année, alors que, cinq ans auparavant, ce pourcentage s'établissait à 38 %[369, 371]. Une plus forte proportion d'adolescents (30 %) que d'adolescentes (23 %) disent avoir consommé du cannabis et, parmi ceux-ci, 30 % l'avaient fait avant l'âge de 16 ans[369]. Comme c'est le cas chez les jeunes, le pourcentage des jeunes adultes ayant consommé du cannabis dans la dernière année a diminué de 31 % à 24 % entre 2004 et 2009. L'usage du cannabis est, en outre, plus répandu chez les jeunes hommes (31 %) que chez les jeunes femmes (17 %)[369, 371].

La consommation de cannabis est aussi plus fréquente chez les fumeurs (74 %) que chez les non-fumeurs (24 %)[369]. Par ailleurs, le fait d'habiter avec ses deux parents et d'avoir une confiance et une bonne communication avec eux est considéré comme un facteur de protection contre la consommation de cannabis, tout comme le fait d'avoir de bons résultats scolaires[45].

Mis à part le cannabis, l'ecstasy (4 % des jeunes et 3 % des jeunes adultes), les hallucinogènes (4 % des jeunes et 2 % des jeunes adultes) et la cocaïne (3 % des jeunes et 5 % des jeunes adultes) étaient les autres drogues illicites les plus consommées en 2009 (voir la figure 3.26)[369].

La consommation de drogues est un problème qui touche tout particulièrement les jeunes de la rue. En 2006, 94 % de ces jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consommé des drogues non injectables (du cannabis dans la majorité des cas). Plus de un sur cinq (23 %) a indiqué avoir déjà consommé des drogues injectables, le plus souvent de la cocaïne (29 %) et de la morphine (28 %)[320]. Les jeunes de la rue qui consommaient des drogues injectables étaient aussi davantage portés à s'adonner à des pratiques sexuelles à haut risque, comparativement à ceux qui ne consommaient pas de drogues injectables. Ils étaient, en outre, plus susceptibles d'avoir contracté une ITS, d'avoir eu des relations sexuelles non désirées ou par obligation, d'avoir des relations sexuelles en échange de faveurs et d'avoir eu de nombreux partenaires sexuels au cours des trois derniers mois. Par ailleurs, l'échange de matériel d'injection contribue au taux élevé d'infection à l'hépatite C, qui est sept fois plus élevé chez les jeunes de la rue qui consomment des drogues injectables que chez ceux qui n'en ont jamais consommé[320].

La consommation de substances volatiles – à l'aide d'un contenant (*sniffing*), d'un linge imbibé (*huffing*) ou d'un sac (*bagging*) – commence et se poursuit habituellement à l'adolescence. Selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004, 67 % de ceux qui ont déclaré avoir fait l'expérience des substances volatiles l'ont fait pour la première fois entre 12 et 16 ans et 13 % disent avoir été initiés plus jeunes[372]. Selon une étude torontoise menée en 2004, 10 % des jeunes de la rue disent avoir inhalé des solvants au cours du dernier mois[372, 373]. Des études

américaines et canadiennes ont également démontré que les taux d'abus de substances volatiles sont beaucoup plus élevés (60 % ou plus) chez certains jeunes inuits et des Premières nations et, en particulier, chez ceux qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées[372, 374, 375].

Les effets à court et à long terme de la consommation de drogues illicites varient. Par exemple, le cannabis peut causer une augmentation de la fréquence cardiaque et une baisse de la tension artérielle[376]. Il peut aussi diminuer la concentration, la perception tridimensionnelle et le temps de réaction, ce qui peut nuire à la réussite scolaire et rendre la conduite automobile dangereuse[376]. La consommation de cannabis à long terme peut conduire à la détresse respiratoire, accroître les risques de cancer du poumon et causer des troubles de mémoire et de fonctionnement cognitif[376, 377]. D'autres drogues illicites, comme la cocaïne, les hallucinogènes et l'ecstasy, peuvent entraîner à court terme des effets psychiatriques extrêmes, comme des crises de panique, de la paranoïa et des hallucinations. Elles peuvent aussi induire des comportements dangereux ou violents et provoquer des réactions physiques, comme des convulsions et une hausse de la tension artérielle[378-380]. À long terme, ces substances peuvent causer des psychoses, entraîner des troubles de mémoire et provoquer des dommages aux tissus pulmonaires et nasaux[378-380]. Leur capacité à induire la dépendance peut aussi influer sur le comportement, nuire à la réussite scolaire ou au rendement au travail, conduire à l'isolement et, dans les cas extrêmes, entraîner la mort[381, 382].

Résumé

Dans l'ensemble, les jeunes et les jeunes adultes au Canada mènent une vie saine et ont tout ce qu'il faut pour réussir leur passage à l'âge adulte et devenir des adultes en santé. Les facteurs socioéconomiques constituent des déterminants essentiels à la santé. D'ailleurs, le taux de décrochage n'a jamais été aussi bas et les jeunes n'ont jamais été aussi nombreux à poursuivre des études postsecondaires. La majorité d'entre eux estiment, en outre, jouir d'une excellente ou d'une très bonne santé physique et mentale. Comparativement aux populations plus âgées, ils sont également moins prédisposés aux maladies chroniques. Toutefois, d'autres problèmes inquiétants peuvent nuire à leur santé et à leur développement et peuvent même entraîner des problèmes de santé plus tard dans la vie.

La plupart des maladies mentales, qui durent parfois toute une vie, commencent à se manifester à l'adolescence et au début de l'âge adulte. D'autres problèmes, comme les troubles de l'alimentation et les lésions auto-infligées, inquiètent particulièrement, car ils sont plus fréquents à cette étape de la vie. Le nombre considérable de jeunes et de jeunes adultes qui ont des pensées suicidaires ou qui décident de passer à l'acte suscite également de grandes inquiétudes. Par ailleurs, les blessures accidentelles causent, chaque année, plus de décès chez les jeunes et les jeunes adultes que toute autre cause et conduisent à des milliers d'hospitalisations. Or, ces blessures sont souvent liées à des accidents de transport ou à des chutes et pourraient, la plupart du temps, être évitées. Les jeunes et les jeunes adultes prennent naturellement plus de risques. Toutefois, certains d'entre eux sont davantage portés vers les comportements dangereux, comme la consommation et l'abus de substances nocives ou les comportements sexuels à risque. Ces activités peuvent compromettre leur santé et leur bien-être, à court et à long terme. Certains groupes de jeunes et de jeunes adultes, comme les Autochtones, les immigrants, les jeunes de la rue et les minorités sexuelles, sont plus exposés à des problèmes de santé et à des difficultés socioéconomiques, ce qui peut mettre leur santé en péril et nuire à leur capacité de composer avec les difficultés ou de maintenir un mode de vie sain.

Diverses études indiquent que certains facteurs positifs ou protecteurs peuvent prévenir les problèmes de santé et les comportements à risque chez les jeunes et les jeunes adultes. Les relations harmonieuses avec les parents et les pairs, l'engagement scolaire et la participation à des activités parascolaires figurent parmi ces facteurs. Le chapitre 4 examine comment on peut aider les jeunes et les jeunes adultes à vivre une transition saine et positive vers l'âge adulte en s'attaquant aux divers facteurs et situations qui influent sur leur santé.

Créer des transitions saines

CHAPITRE 4

La plupart des jeunes et des jeunes adultes au Canada sont en bonne santé et traversent sans difficulté les différentes étapes de la vie, mais certains ne le font pas avec la même aisance. Pour permettre à tous les jeunes et les jeunes adultes de vivre une saine transition, le Canada doit s'attaquer aux facteurs complexes et interreliés qui influencent, menacent ou perturbent leur santé et leur bien-être. Une approch fructueuse permettra aux jeunes et aux jeunes adultes de profiter tout au long de leur vie d'une bonne santé, d'une meilleure qualité de vie et d'une productivité accrue.

Ce chapitre met en lumière des interventions efficaces, prometteuses ou favorables qui ont été adoptées au Canada ou ailleurs et qui ont permis de résoudre des questions de santé courantes ou émergentes, comme la santé et la maladie mentale, le suicide, les blessures, l'intimidation, les comportements sexuels à risque, le poids santé ainsi que la consommation et l'abus de substances nocives. Il existe, bien sûr, une multitude de façons de s'attaquer à ces questions, que ce soit par l'amélioration de la résilience, la lutte contre la stigmatisation, la prévention et la gestion des risques, l'adoption d'une approche ciblée, la promotion de la santé, l'éducation et la sensibilisation, l'élaboration de politiques publiques qui favorisent la santé et l'adoption de lois en matière de protection. Ce chapitre présente des pratiques exemplaires qui sont le résultat d'interventions et de travaux de recherche et qui montrent ce qui peut être réalisé pour favoriser de saines transitions. Bien qu'il existe de nombreuses mesures qui ont fait leurs preuves ou qui s'annoncent prometteuses, seules quelques-unes seront exposées ici. Ces exemples mettent en évidence les progrès réalisés à ce jour ainsi que les étapes à franchir pour continuer d'accomplir des progrès. Enfin, ce chapitre met aussi en lumière les défis qu'il reste à relever.

Les relations d'entraide et les saines habitudes qui s'acquièrent pendant l'enfance ont une influence positive sur la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes. En fait, l'investissement le plus rentable à long terme sur le plan de la santé et de la qualité de vie sera obtenu si l'on intervient dès l'enfance (voir le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009*). Ces interventions sont certes déterminantes, mais il ne faut pas non plus sous-estimer celles qui sont destinées aux jeunes et aux jeunes adultes. Il est en effet possible d'aider les jeunes et les jeunes adultes à améliorer leur résilience, à prendre moins de risques, à établir des relations saines et à orienter leur choix de carrière de manière à bien gagner leur vie.

L'approche

Le présent chapitre montre comment les déterminants de la santé influent sur la santé et le bien-être à long terme et comment ils peuvent interagir, s'accumuler et évoluer tout au long de la vie. Les milieux physique et social (la maison, l'école et le milieu de travail) sont importants mais, si les besoins essentiels ne sont pas satisfaits, il est impossible de régler les problèmes de santé. Pour répondre à ces besoins chez les jeunes et les jeunes adultes, il faut tenir compte de certains facteurs que bon nombre de Canadiens tiennent pour acquis, comme le fait d'avoir un logement, un revenu, une famille, un réseau social ou communautaire et un accès à des services adéquats.

Ce chapitre s'intéresse également à la résilience, une qualité qui permet à tout individu d'entretenir des relations saines, d'acquérir des compétences, d'être indépendant et de faire preuve d'un bon esprit de décision. Une variété de facteurs qui évoluent au fil du temps peuvent influer sur la résilience[384-386]. Les risques

Créer des transitions saines

L'évaluation des **inégalités socioéconomiques et des inégalités en matière de santé** chez les jeunes et les jeunes adultes doit être fondée sur le revenu ou le niveau de scolarité des parents, car un grand nombre de jeunes canadiens sont encore à l'école et ne travaillent pas à temps plein. Le fait qu'ils n'ont pas de revenu ni de domicile à eux brouille la distinction entre « avoir » et « ne pas avoir ». Il existe d'ailleurs un débat à propos des facteurs qui devraient être considérés comme les plus déterminants. Certains chercheurs soulignent l'importance de l'héritage que lèguent les parents sur le plan de l'éducation et du revenu et qui peut se transmettre de génération en génération; d'autres soutiennent que les liens sociaux et le statut social constituent les principaux éléments de mesure de l'inégalité chez les jeunes[383]. Quoi qu'il en soit, les facteurs qui dépendent des parents, comme le niveau de revenu et le niveau de scolarité, ainsi que les liens sociaux avec la famille et les amis ont sans doute une influence sur la santé.

et la prise de risques font partie de la vie courante, mais ils prennent souvent une importance plus grande à l'adolescence et au début de l'âge adulte. En période de transition, les rôles, les relations, les expériences et les attentes évoluent et, selon les aptitudes et les compétences dont on dispose, ils peuvent être gérés de manière à favoriser ou à compromettre la santé[10]. Les comportements sains acquis en bas âge peuvent rester tout au long de la vie et jouer un rôle déterminant sur l'état de santé d'une personne.

Enfin, certaines interventions ou approches peuvent régler, en tout ou en partie, quelques-uns des problèmes de santé énoncés au chapitre 3. Les exemples présentés ci-après montrent l'étendue des efforts déployés. Par leurs interventions, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les juridictions, les collectivités et les individus peuvent contribuer à améliorer la santé des jeunes et des jeunes adultes. Comme l'indique le chapitre 3, la plupart des jeunes et des jeunes adultes au Canada sont en bonne santé; les problèmes seront donc examinés en s'appuyant sur les inégalités en matière de santé et sur les mesures qui visent à réduire les écarts et les variations dans ce domaine.

Créer des milieux propices à la transition

Comme il est indiqué dans les chapitres précédents, les déterminants sociaux de la santé sont étroitement liés à l'état de santé et aux comportements adoptés à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Ainsi, les personnes qui reçoivent les soins attentifs de membres de leur famille ou de mentors éprouvent un sentiment d'appartenance ou d'engagement envers leur école, leur collectivité et leurs amis, se disent également en meilleure santé, ont une plus grande estime de soi et sont moins portées vers les comportements à risque[10]. La protection qu'apportent les milieux favorables constitue donc une façon efficace de résoudre les problèmes au moyen des interventions décrites.

Domicile familial, milieu de vie et famille

Les caractéristiques familiales (revenu parental, niveau de scolarité, situation familiale), le type d'approche parentale, la participation aux activités de l'enfant, le stress vécu par les parents ainsi que les tensions familiales peuvent avoir une influence sur le développement des enfants et des jeunes. Plus un jeune est proche de ses parents et de sa famille, plus ses relations familiales sont bonnes et moins il sera susceptible d'adopter des comportements à risque et antisociaux, de tomber dans la délinquance ou de vivre de la détresse. Il aura par ailleurs plus de chances d'entretenir de bonnes relations sociales, de terminer ses études secondaires ou de faire des études postsecondaires et de jouir d'une bonne santé générale[10, 47, 53, 383]. Lorsque les enfants arrivent à l'adolescence et au début de l'âge adulte, ils délaissent graduellement leur famille et entretiennent davantage de relations avec leurs pairs[47].

Certains facteurs, comme le fait de vivre dans un ménage à faible revenu, peuvent nuire à la capacité des familles de fournir à leurs enfants et à leurs jeunes le soutien dont ils ont besoin pour bien s'épanouir[9, 10, 398]. Cependant, ces situations, souvent sources d'isolement et d'exclusion socioéconomique, peuvent être atténuées par un milieu familial sain capable de conserver une attitude positive[10]. Les programmes axés sur la collectivité qui soutiennent les familles et qui leur permettent de surmonter ces difficultés par le renforcement des réseaux sociaux et

Bâtir des familles solides : le programme Triple P – Le programme de pratiques parentales positives et le Renforcement des familles pour l'avenir

Certains programmes visant à renforcer les liens familiaux et les rapports enfant-parent ont eu des retombées positives chez les jeunes et les jeunes adultes. Par exemple, le programme Triple P – Le programme de pratiques parentales positives permet aux parents d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance en vue de réduire la fréquence des problèmes comportementaux et affectifs chez leurs enfants ou leurs jeunes de moins de 16 ans. Créé en Australie, ce programme stimule l'intérêt et la participation des parents. Bon nombre de collectivités, dont certaines collectivités canadiennes, l'ont adopté, et les évaluations démontrent qu'en plus de réduire les problèmes comportementaux des enfants et des jeunes, ce programme aide à améliorer les compétences parentales et à gérer les conflits familiaux[387-391]. Un volet a été ajouté au programme Triple P afin d'aider les parents à promouvoir les compétences et les aptitudes positives chez leurs adolescents et ainsi à prévenir les comportements délinquants, antisociaux ou néfastes pour leur santé[392]. Le Manitoba mène actuellement un projet pilote Triple P, version adolescents. L'Agence de la santé publique du Canada a établi un partenariat avec le Manitoba en vue de soumettre le projet à une évaluation pour mesurer ses répercussions sur la santé et déterminer s'il est équitable et s'il peut être appliqué à d'autres groupes de la population[393, 394].

L'Ontario a mis en œuvre un programme similaire. Adapté par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de, le programme Renforcement des familles pour l'avenir s'adresse aux familles dont les enfants de 7 à 11 ans pourraient présenter à l'adolescence des risques de consommation de substances nocives, de dépression, de violence, de délinquance ou d'échec scolaire. Faisant appel à tous les membres de la famille, le programme vise à réduire la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents et à limiter les problèmes comportementaux par le renforcement des compétences et des liens familiaux. Il vise également à accroître la résilience et les aptitudes à vivre au quotidien chez les jeunes en améliorant la communication et le fonctionnement au sein de la famille. Les évaluations à court terme indiquent que le programme est susceptible d'améliorer le fonctionnement de la famille, les compétences parentales et le comportement psychosocial des enfants[395]. Les évaluations à long terme démontrent, pour leur part, que le programme permet de retarder la première expérience de l'alcool et de réduire la consommation de drogues à l'adolescence[396, 397].

l'établissement de relations saines avec les parents ont donné de bons résultats (voir l'encadré intitulé « Bâtir des familles solides : Le programme Triple P – Le programme de pratiques parentales positives et le Renforcement des familles pour l'avenir »). Certaines collectivités arrivent à obtenir de bons résultats auprès de certains groupes de population, comme les immigrants, grâce à des politiques visant à réduire les obstacles, structurels ou financiers, qui limitent l'accès aux services de loisirs, d'information et de santé[59].

Réduire l'itinérance

Certains jeunes et jeunes adultes se retrouvent sans abri en raison de mauvais traitements, de négligence, d'une maladie mentale, d'un logement inadéquat, d'un manque d'emploi, d'un revenu insuffisant ou encore d'un manque de soutien parental ou économique[23]. Les jeunes qui vivent de façon autonome et dont les ressources sont limitées se heurtent à de nombreuses difficultés. Par exemple, ils n'ont pas l'âge minimal ou les critères requis pour être admissibles aux programmes de soutien au revenu et d'aide sociale qui exigent que les bénéficiaires possèdent une adresse fixe[402]. L'itinérance touche un vaste groupe de personnes, mais les 15 à 24 ans représentent près d'un tiers des sans-abri, situation plutôt préoccupante pour les jeunes et les jeunes adultes[23, 403].

Près de la moitié des jeunes qui vivent dans la rue ont eu recours à un organisme de protection de la jeunesse; environ la même proportion ont déjà été victimes de violence sexuelle et physique, raison pour laquelle ils ont quitté le foyer familial[23]. Compte tenu des nombreuses situations qui peuvent conduire à l'itinérance, ce problème

Créer des transitions saines

Il n'existe pas de définition officielle de l'**itinérance**. De façon générale, ce terme renvoie à un ensemble très divers de conditions de logement : l'itinérance absolue (vivre dans la rue ou dans des refuges); l'itinérance cachée (vivre dans une voiture, chez des membres de la famille, chez des amis ou dans un établissement de soins); l'itinérance relative (vivre dans un logement non conforme ou incertain)[399, 400]. La plupart des définitions de l'itinérance incluent également un élément temporel, établi selon la durée ou la fréquence des périodes d'itinérance : chronique (de longue durée ou répétitive, et souvent associée à une maladie ou à une dépendance); cyclique (conditions de vie changeantes); temporaire (de courte durée et souvent associée à un traumatisme)[399].

Le terme **jeunes de la rue** se définit lui aussi de plusieurs façons. En général, les jeunes de la rue sont des personnes âgées de 12 à 24 ans qui sont sans logis ou qui habitent un logement inadéquat ou non sécuritaire[401]. Bien que la définition soit large, les jeunes de la rue sont différents des autres jeunes, car bon nombre d'entre eux ont quitté le foyer familial, ont abandonné l'école et ont subi une forme quelconque de violence ou de mauvais traitements. Ils vivent dans la précarité, la pauvreté, l'instabilité résidentielle et la vulnérabilité psychologique[23-25].

n'est pas simple à résoudre. Il existe de nombreuses approches qui fonctionnent avec les jeunes itinérants, notamment les trois suivantes : cibler les jeunes de la rue; s'attaquer à un facteur de risque lié à la santé (par exemple, un trouble de santé mentale ou une maladie chronique); miser sur les stratégies globales de lutte contre l'itinérance et la pauvreté.

Les jeunes à risque et les sans-abri

Pour être plus efficaces, les interventions qui s'adressent aux jeunes doivent tenir compte des facteurs généraux qui déterminent leur état de santé[23, 400]. Cependant, cibler des problèmes particuliers ne permettra peut-être pas de régler ce qui est à l'origine de certains comportements et de certains milieux à risque qui influencent les décisions. Il faut aussi prendre en considération le fait que l'expérience d'un jeune de la rue diffère de celle d'un adulte sans abri[225]. Les jeunes de la rue sont plus susceptibles de prendre des risques, d'être exploités par des adultes ou par leurs pairs et de recourir à des stratégies d'adaptation différentes[225]. Les données révèlent toutefois la nécessité d'offrir le plus tôt possible des programmes tels que le Renforcement des familles pour l'avenir (décrit dans l'encadré intitulé « Bâtir des familles solides »)[23, 225, 395]. Ce programme procure aux jeunes un logement stable et du soutien au début de leur vie. Bien que les recherches de suivi et les évaluations des programmes destinés aux jeunes de la rue soient peu nombreuses, on sait que les programmes qui ciblent les enfants en bas âge et leurs familles peuvent générer de bons résultats. Ainsi, les programmes qui misent sur l'éducation et l'emploi et qui offrent aux jeunes de la rue des possibilités de trouver un logement et de développer leurs aptitudes à vivre au quotidien donneront aussi de bons résultats[225, 400]. Ce type de programme comporte principalement trois volets : la prévention, l'intervention en situation de crise et le soutien intégré pour sortir du cycle de l'itinérance.

- Pour être efficaces, les mesures de **prévention** devraient s'étaler sur une certaine période et porter sur les principaux facteurs de risque[225]. Selon des faits démontrés, la famille représente un élément clé des stratégies de prevention, tout comme le soutien et les services qui favorisent les relations familiales saines et permettent aux jeunes de vivre avec leur famille (ou dans un environnement sécuritaire si le domicile familial ne l'est pas)[225]. L'école et les milieux d'apprentissage peuvent aussi offrir une gamme d'approches traditionnelles ou non traditionnelles pour aider les jeunes à demeurer à l'école jusqu'à la fin du secondaire. Certains groupes de population, comme les jeunes autochtones et les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement (LGBTQ), sont surreprésentés parmi la population des jeunes de la rue en raison de leur passé de victimes[404]. Comme beaucoup de ces jeunes ont été victimes de violence, ont fait l'expérience des services juridiques ou des services de protection de la jeunesse ou sont atteints d'une maladie mentale reconnue, ces services pourraient leur apporter du soutien avant qu'ils n'adoptent des comportements à risque.

Les approches intégrées pour lutter contre l'itinérance

L'organisme *Eva's Initiatives* offre à la fois de la formation, du mentorat et des logements de transition aux jeunes de la rue[225]. Cet organisme collabore avec les sans-abri et les jeunes à risque afin de les aider à développer leur potentiel et à mener une vie productive, autonome et saine. Pour ce faire, il offre d'abord un refuge sécuritaire, puis un ensemble de services dynamiques et progressifs misant sur des solutions à long terme. Il gère un logement de transition, *Eva's Phoenix*, qui est situé à Toronto (Ontario) et qui accueille, pendant un maximum d'un an, une cinquantaine de jeunes âgés de 16 à 24 ans. Par ailleurs, l'organisme offre, chaque année, à 160 jeunes âgés de 16 à 29 ans des programmes de préapprentissage et d'emploi[225, 406]. Il établit des partenariats avec le milieu des affaires, le marché du travail et la collectivité en général dans le but d'offrir aux jeunes à risque des possibilités et du mentorat de sorte qu'ils puissent acquérir des aptitudes pour vivre au quotidien, commencer une carrière et devenir autonomes[406]. La formation est donnée dans le cadre d'ateliers pratiques et se déroule dans des milieux propices à l'apprentissage, comme l'imprimerie d'*Eva's Phoenix*[225]. Selon des évaluations réalisées en 2003, 97 % des jeunes participants ont indiqué que leur passage chez *Eva's Initiatives* leur avait permis de reprendre leur vie en main et de quitter le refuge. Les évaluations révèlent également que les participants entretiennent des rapports plus réguliers avec leur famille (50 %), qu'ils continuent d'étudier ou de travailler (60 %) et qu'ils sont plus aptes à se trouver un emploi ou à le garder (78 %)[406, 407].

Compte tenu de ces réussites, des organismes de Victoria (Colombie-Britannique), de Calgary (Alberta), d'Edmonton (Alberta), de Hamilton (Ontario), d'Ottawa (Ontario), de Halifax (Nouvelle-Écosse) et de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) ont lancé des programmes similaires[408-410]. *Choices for Youth* et le *Naomi Centre* sont deux organismes situés à St. John's qui veillent à offrir aux jeunes et aux jeunes adultes un logement sécuritaire, des conditions de vie adéquates ainsi qu'un milieu fondé sur la tolérance et l'équité. Ces éléments favorisent la responsabilisation et l'indépendance des jeunes et des jeunes adultes, les protègent contre la violence et les encouragent à s'engager et à accroître leur autonomie[411-413].

- **L'intervention en situation de crise** concerne l'hébergement, l'alimentation et le soutien d'urgence. Ce volet consiste à offrir rapidement des services aux jeunes afin de les aider à surmonter des problèmes urgents[225]. Les besoins essentiels doivent être comblés pour permettre aux jeunes d'assurer à long terme leur indépendance, leur stabilité et la prise en charge de leur dépendance[225]. L'intervention en situation de crise doit, avant tout, permettre de cerner les besoins, d'accroître l'offre et l'accessibilité des services, et de répondre à des exigences particulières (par exemplte, les services adaptés à la culture des LGBTQ et au genre) et de limiter les conséquences négatives liées à la maladie ou à la dépendance[225, 404].
- Pour aider les jeunes et les jeunes adultes à **sortir du cycle de l'itinérance**, il faut éliminer les obstacles à la recherche d'un logement adéquat et abordable. En effet, il peut être difficile de rompre le cycle de l'itinérance lorsqu'on se heurte à des difficultés telles que le versement d'un acompte, les vérifications de solvabilité et la discrimination[404, 405]. Pour assurer aux jeunes de la rue et aux sans-abri un avenir stable, il faut mettre l'accent sur l'éducation et la formation de sorte qu'ils acquièrent des compétences préalables à l'emploi, comme la capacité à résoudre des problèmes, la gestion financière, l'esprit d'initiative et la capacité d'adaptation[225]. Il serait également primordial d'éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services sociaux et aux soins de santé (comme les limites d'âge) et de leur donner accès à des services de soutien en santé mentale et à des services de prise en charge des dépendances tout au long du processus[404]. Enfin, il faudrait leur fournir un suivi et un soutien à long terme pour qu'ils puissent réussir leur transition vers un autre mode de

vie[225]. Les programmes prometteurs qui s'attaquent à l'itinérance chez les jeunes et les jeunes adultes se fondent généralement sur une approche intégrée (voir l'encadré intitulé « Les approches intégrées pour lutter contre l'itinérance »).

L'itinérance et les problèmes de santé mentale

L'itinérance peut nuire au rétablissement des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Les programmes qui s'intéressent à l'itinérance et aux problèmes de santé mentale (et particulièrement à la maladie mentale) sont généralement axés sur la réadaptation et les traitements offerts dans le cadre de services de logement supervisé[400]. Il existe deux modèles de logements-services.

- Le modèle de la priorité au traitement, aussi connu sous le nom de « modèle de continuum des services », prévoit des services d'intervention et de suivi qui permettent de diriger les personnes vers les programmes de traitement et les centres d'hébergement appropriés avant de leur donner accès à un logement permanent[400, 414]. Ce modèle, qui a été mis en application dans quatre collectivités des États-Unis, a été évalué afin de déterminer s'il était applicable au Canada. L'un des avantages de ce modèle est que les services sont dirigés et coordonnés à l'échelle communautaire ou sont offerts en collaboration avec les services locaux. Les évaluations ont aussi révélé une augmentation des programmes de logement supervisé, une amélioration du niveau de sensibilisation à l'échelle locale et une hausse des fonds consacrés aux plans d'action à long terme. Toutefois, la durée du processus de planification, le manque de souplesse, la fragmentation des services et le manque de logements permanents pourraient nuire à son application au Canada[414].
- Le modèle de la priorité au logement permet d'accéder à un logement avant de recevoir des services de traitement[400]. Ce modèle a été adopté pour la première fois aux États-Unis par la Ville de New York dans le cadre du projet *Pathways to Housing*. Maintenant utilisé dans plusieurs centres urbains, il donne de bons résultats au point de vue de l'hébergement et du bien-être. En effet, en plus de réduire le nombre de sans-abri, le programme a permis aux personnes vivant avec une maladie mentale de passer moins de temps dans les établissements et, donc, plus de temps dans leur logement communautaire. Il faudrait toutefois approfondir la recherche afin de bien évaluer les effets sur la santé à long terme (par exemple, s'il y a maintien du bien-être)[415]. En utilisant le modèle de la priorité au logement, le programme *At Home/Chez-Soi* s'avère lui aussi fort prometteur. Mis sur pied par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), ce programme vient en aide à plus de 2 200 sans-abri vivant avec une maladie mentale dans cinq villes canadiennes, soit Vancouver (Colombie-Britannique), Winnipeg (Manitoba), Toronto (Ontario), Montréal (Québec) et Moncton (Nouveau-Brunswick). En date de mars 2011, le programme avait permis à plus de 1 800 participants de recevoir des services courants ou d'accéder à un logement et à des services d'aide (770 participants ont maintenant accès à un logement)[416]. Bien que ce programme n'en soit qu'à ses débuts, des résultats positifs ont déjà été observés.

Certains programmes répondent aux besoins particuliers des sans-abri en offrant des traitements et des services d'intervention adaptés à la culture, suivant une approche générale ou traditionnelle (voir l'encadré intitulé « S'attaquer à la dépendance et aux problèmes de santé mentale : le centre Wabano d'Ottawa »).

L'élaboration de stratégies globales de lutte contre la pauvreté et l'itinérance

Les collectivités et les organisations de toutes les régions peuvent participer à la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) du Canada et ainsi mettre sur pied des programmes pertinents qui répondent aux besoins locaux[421, 422]. La SPLI aide les collectivités à régler, dans leur région, les problèmes auxquels se heurtent les sans-abri ou les personnes qui sont à risque de le devenir :

- en finançant des logements supervisés et des logements de transition en attendant qu'un logement à plus long terme soit accessible;
- en appuyant les mesures communautaires de prévention ou de réduction de l'itinérance;
- en établissant des partenariats entre les juridictions et les secteurs;
- en travaillant en collaboration avec divers intervenants[421, 422].

S'attaquer à la dépendance et aux problèmes de santé mentale : le centre Wabano d'Ottawa

À Ottawa, la proportion de sans-abri autochtones est d'environ 19 %. Parmi eux, on compte 70 % d'hommes et un nombre croissant de jeunes. On estime que 90 % des sans-abri autochtones éprouvent des problèmes de santé mentale ou de dépendance[417]. Pour répondre aux besoins de cette population, le centre de santé autochtone Wabano a mis sur pied une unité mobile d'intervention en santé et en mieux-être qui utilise une approche adaptée à la culture. Cette unité offre notamment du soutien aux personnes qui n'ont pas droit ou n'ont pas un accès régulier aux services sociaux ou aux soins de santé[418-420]. Avec son équipe composée de spécialistes de la santé et de travailleurs sociaux, cette unité offre des services d'aide après un traitement ou une cure ou oriente les personnes vers des services de traitement des maladies et des blessures, des services de logement, des refuges et des banques alimentaires[420]. Les services en santé mentale peuvent intervenir en situation de crise, mener des évaluations et des consultations individuelles, offrir de l'assistance sociale et des services de soutien et orienter les personnes vers des services d'hébergement, des services juridiques et des services de traitement des maladies mentales ou des troubles psychiatriques[135, 418, 419]. L'unité mobile fait appel aux méthodes de guérison traditionnelles et à l'approche globale des soins de santé en vue d'améliorer la santé affective, spirituelle, mentale et physique[419, 420]. Les évaluations ont démontré que le centre Wabano redirigeait un nombre important de personnes vers divers organismes de soins; 10 des 17 répondants ont indiqué qu'ils avaient utilisé les services du centre, dont le programme de gestion de la colère, les services alimentaires ou médicaux ainsi que les services de transport, de consultation et d'hébergement. Dans les évaluations, les clients ont également indiqué qu'ils avaient recours au centre Wabano pour obtenir des services sociaux et des services de santé, pour discuter avec le personnel et pour participer au cercle de guérison que le centre est le seul à offrir[419].

Actuellement, la SPLI vient en aide à 61 collectivités[422]. Celles-ci se trouvent principalement dans les grands centres urbains qui connaissent d'importants problèmes d'itinérance et qui ont établi des lignes de conduite dans le but de trouver des solutions[423, 424]. Le volet d'approche de la Stratégie permet d'aider les petites collectivités, les collectivités rurales et celles du Nord à mettre à niveau leurs infrastructures, en collaboration avec les secteurs public et privé[425]. Les responsables de la SPLI s'associent également avec des groupes autochtones ainsi qu'avec les gestionnaires de programmes de financement dans le but de répondre aux besoins particuliers des sans-abri autochtones qui vivent hors réserve, en milieu rural ou urbain[426].

Certaines provinces et certains territoires ont eu du succès à mettre en œuvre de vastes stratégies de lutte contre l'itinérance. Par exemple, en 2009, l'Alberta a mis de l'avant sa stratégie globale intitulée *A Plan for Alberta: Ending Homelessness in 10 Years*. Délaissant la formule des refuges d'urgence, la Province vise plutôt à éliminer l'itinérance dans les dix prochaines années en octroyant aux personnes et aux familles itinérantes un logement permanent, tout en leur offrant le soutien dont elles ont besoin pour le conserver. Ce soutien comprend des possibilités d'emploi, des soins de santé, des services de traitement des dépendances, des programmes de formation en gestion du quotidien et des services d'aide pour rétablir les liens familiaux et culturels. Cette intervention intersectorielle, dirigée par la collectivité, a permis d'offrir un logement permanent à 1 779 sans-abri de l'Alberta, ce qui dépasse largement l'objectif de 1 000 bénéficiaires fixé pour 2009-2010[405, 427].

S'attaquer efficacement à l'itinérance et aux facteurs de risque pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte exige de mieux comprendre qui devient sans-abri, pourquoi il le devient et comment cela se produit. La société canadienne doit parvenir à cerner ces facteurs de risque, à en évaluer les répercussions sur la santé et à mettre en œuvre des pratiques exemplaires. Conçu pour favoriser la compréhension de l'itinérance et la diffusion de l'information sur le sujet, le Système d'information sur les personnes et les familles sans abri (SISA) aide les établissements (par exemple, les refuges) dans leurs activités et leur planification. Il permet, en outre, de

recueillir des données complètes sur les populations à risque afin de contribuer à un système d'information national sur l'itinérance[428, 429]. Actuellement utilisée dans la moitié des refuges pour sans-abri du Canada, le SISA permettra de recueillir davantage d'information sur les sans-abri, ainsi que sur leurs besoins, tout en leur offrant des services adéquats[429].

Écoles saines

La plupart des jeunes passent une partie importante de leur temps à l'école. L'école leur permet d'acquérir des compétences scolaires et sociales et d'améliorer leurs aptitudes à vivre au quotidien, des éléments essentiels à une saine transition[10]. Plus les jeunes participent aux activités scolaires et parascolaires, plus ils ont de chances de réussir leur carrière et de bénéficier d'une meilleure situation socioéconomique au cours de leur vie[53]. En effet, les élèves qui ont à cœur leur apprentissage sont davantage portés à se remettre en question et à se fixer des objectifs de carrière à long terme. De plus, les jeunes qui disent éprouver un sentiment d'appartenance à leur école et se sentir en sécurité à l'école et pendant les activités parascolaires (sports d'équipe, clubs, etc.) ont moins tendance à adopter des comportements à risque et sont plus susceptibles d'éprouver un bien-être affectif, d'avoir une meilleure estime de soi et de se considérer en bonne santé[10]. Puisque le milieu scolaire joue un rôle important dans le bien-être actuel et futur des jeunes et des jeunes adultes au Canada, les mesures qui contribuent à aider les écoles à instaurer un climat sain, qui encouragent la participation et qui favorisent la réussite scolaire sont essentielles à une transition réussie.

Les écoles peuvent diffuser de façon efficace de l'information sur la santé (grâce à des programmes de promotion de la santé et d'éducation sur la santé) parce qu'elles sont bien placées pour influencer une grande population de jeunes. Dans le cadre de ces programmes, elles peuvent traiter des questions de santé, suggérer des moyens de prévention et aider les élèves à acquérir de saines habitudes. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organismes tels que la Commission européenne encouragent la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé dans les écoles des pays membres. L'OMS a d'ailleurs publié un ensemble de lignes directrices destinées à promouvoir les écoles-santé, notamment :

- des politiques de santé en milieu scolaire, y compris des règlements et des pratiques qui favorisent les choix santé, comme l'offre d'aliments sains, la promotion d'un environnement sans fumée ni drogue, l'égalité entre les élèves et la préparation aux situations d'urgence;
- des environnements physiques sains (y compris les locaux et les alentours) qui favorisent la pratique d'activités intérieures et extérieures, qui sont sécuritaires (c'est-à-dire qu'ils font l'objet de vérifications régulières, sont dotés d'équipement sportif conforme aux normes, etc.), qui facilitent l'apprentissage et, dans la mesure du possible, qui sont fondés sur des pratiques environnementales durables (le respect des normes de qualité de l'air et de l'eau);
- des environnements sociaux sains fondés sur des relations harmonieuses entre les élèves et avec le personnel, les parents et la collectivité. Les services de soutien, la satisfaction des besoins ainsi que l'engagement et la participation des adultes sont autant de facteurs qui peuvent améliorer les relations à l'école;
- les liens avec la collectivité en général, y compris avec les parents et les intervenants externes;
- des possibilités d'améliorer les aptitudes personnelles en matière de santé;
- des services de santé en milieu scolaire qui sont accessibles et répondent aux besoins de tous les élèves[430, 431].

Créer des transitions saines

Une **école-santé** est une école qui s'améliore constamment pour devenir un milieu où l'on peut vivre, apprendre et travailler en santé[432]. Les programmes de santé efficaces implantés en milieu scolaire peuvent constituer un investissement des plus rentables, car ils améliorent non seulement la santé mais aussi les résultats scolaires[433]. Ils permettent également de prévenir les problèmes de santé chez les jeunes et de changer les conditions pédagogiques, sociales, économiques et politiques qui agissent comme facteurs de risque[432, 433].

Les écoles-santé peuvent améliorer les connaissances des élèves et changer leurs attitudes à l'égard des enjeux sociaux et des questions de santé[430, 431]. Plus directement, lorsque des services de santé sont offerts à l'école, la santé des élèves et leurs résultats scolaires s'améliorent[431, 434].

L'approche globale de la santé en milieu scolaire (AGSS) est un moyen de promotion de la santé utilisé dans les écoles du Canada. Elle favorise la réussite scolaire chez les élèves, en établissant les fondements d'une école saine au moyen d'une stratégie planifiée, intégrée et globale. Ainsi, les élèves des écoles AGSS adoptent des habitudes alimentaires plus saines, sont plus actifs et sont moins susceptibles d'être atteints d'embonpoint[435]. Le Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES) est un bon exemple de partenariat entre les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Éducation. Il offre un leadership et favorise une approche globale en matière de promotion de la santé en milieu scolaire. Le principe de base du Consortium est simple : la santé et l'apprentissage sont liés. Les travaux du Consortium s'étendent à l'échelle des juridictions et des secteurs, ce qui permet de partager des expériences, d'échanger de l'information, de cerner les pratiques exemplaires, de tirer profit des ressources, de réduire le chevauchement des efforts, d'encourager les partenariats et d'approfondir la recherche dans les domaines prometteurs[436]. Par ailleurs, le Consortium s'est récemment engagé à promouvoir la santé mentale[437].

L'examen systématique des stratégies globales de promotion de la santé en milieu scolaire a révélé que les programmes qui s'intéressent aux comportements et à la santé mentale (par exemple, les programmes axés sur les aptitudes en classe, la littératie émotionnelle et l'estime de soi) se sont révélés efficaces pour promouvoir la santé mentale et réduire les comportements à risque, tout particulièrement lorsqu'ils étaient variés, intensifs et menés sur une longue période[431]. Par contre, les programmes axés sur la consommation et l'abus de substances nocives font un meilleur travail de sensibilisation s'ils sont ciblés, s'étendent sur une courte période et portent sur des facteurs comme l'estime de soi[431]. En général, les stratégies de promotion de la santé qui visent l'école dans son ensemble sont plus efficaces que les interventions individuelles menées par l'enseignant[431]. Il semble cependant nécessaire d'effectuer une analyse plus poussée afin de comparer l'efficacité des stratégies et des programmes destinés à l'ensemble de l'école par rapport à celle des initiatives individuelles[431]. Les évaluations qui seront menées devraient permettre de déterminer dans quelle mesure les programmes sont aptes à répondre aux besoins particuliers des collectivités auxquelles ils sont destinés.

Dans le but de limiter les effets des ménages à faible revenu et ainsi réduire le taux de décrochage au secondaire, on a amélioré l'accès aux études postsecondaires chez les jeunes défavorisés au Canada[438]. Par exemple, le programme Passeport pour ma réussite utilise une approche communautaire globale afin d'offrir aux jeunes et aux jeunes adultes quatre formes de soutien : un soutien pédagogique, un soutien social (mentorat de groupe et professionnel), un soutien financier (le transport scolaire, les bourses, etc.) et un service de consultation (pour favoriser les liens entre les élèves, les parents et la collectivité). Le premier projet réalisé dans le cadre de ce programme a vu le jour à Regent Park, endroit où les taux de pauvreté et de décrochage atteignaient des niveaux inégalés à Toronto (Ontario)[439-441]. Selon une étude indépendante, la participation élevée à ce programme (93 %) a permis de faire passer le taux de décrochage de 56 % à 12 % et de réduire le taux d'absentéisme de 50 %. De même, le nombre de jeunes ayant fait des études collégiales ou universitaires a quadruplé, passant de 20 % à 80 %, tandis que le taux de grossesse chez les adolescentes a diminué de 75 %[440, 442]. En raison du succès obtenu à Regent Park, le programme Passeport pour ma réussite a été mis en œuvre dans d'autres villes canadiennes,

comme Hamilton, Ottawa, Kitchener et Kingston (toutes en Ontario), Montréal-Verdun (Québec), Halifax-Spryfield (Nouvelle-Écosse) et Winnipeg (Manitoba)[440]. Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008* donne plus de détails sur la mise en œuvre de ce programme à Regent Park[49]. D'autres recherches sont menées à l'heure actuelle afin d'examiner les facteurs, scolaires ou autres, qui ont une influence sur les résultats en éducation et de déterminer dans quelle mesure le programme répond aux besoins des jeunes à risque[441].

Favoriser les études postsecondaires

Lorsque les jeunes sont déterminés à poursuivre leurs études, il en résulte des avantages à long terme observables à l'âge adulte. En effet, un haut niveau de scolarité est généralement associé à un meilleur emploi, à un revenu plus élevé, à un plus haut niveau de littératie en santé, à une meilleure compréhension des conséquences des comportements malsains et à une plus grande capacité à s'orienter dans le système de santé, autant de facteurs qui favorisent la santé[53]. Au cours des trois dernières décennies, on a noté au Canada une nette augmentation du nombre d'inscriptions aux études postsecondaires[443]. Ce succès est en partie attribuable à la mise en place de programmes de grande envergure qui, grâce à l'aide financière qu'ils offrent, ont permis d'accroître les possibilités et l'accès aux études. Neuf provinces et territoires participent au Programme canadien de prêts aux étudiants en définissant les critères d'admissibilité, en évaluant les besoins et en désignant les établissements admissibles (le Québec, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne participent pas à ce programme, mais ils offrent des programmes similaires)[71]. Le programme a versé plus de 28,1 milliards de dollars en prêts et a ainsi aidé plus de 3,8 millions d'étudiants[71]. Le Programme canadien de prêts aux étudiants et le Programme canadien de bourses aux étudiants, récemment améliorés et élargis, regroupent en un seul endroit l'aide fédérale octroyée aux étudiants. Ces deux programmes s'adressent principalement aux personnes à faible revenu ou à revenu moyen, à celles qui sont aux prises avec une invalidité permanente (d'autres formes d'aide aux études sont également mises à leur disposition), à celles qui ont des personnes à charge (à temps plein ou à temps partiel) ainsi qu'à celles qui souhaitent poursuivre

des études à temps partiel[120, 122]. Les provinces et les territoires offrent également d'autres programmes d'aide financière[120, 122]. Des fonds supplémentaires ont permis d'accroître l'admissibilité au Programme canadien de prêts aux étudiants et au Programme canadien de bourses aux étudiants, par exemple, en offrant de l'éducation aux adultes dans les territoires (pour augmenter les possibilités d'emploi dans le Nord), en fournissant une aide financière additionnelle pour les études à l'étranger et en accordant un allègement fiscal sur les frais associés aux certificats professionnels (pour couvrir les frais d'examen, par exemple)[444].

Ces programmes ont permis d'améliorer les résultats en matière d'éducation, lesquels se traduisent par une augmentation des inscriptions dans les programmes d'études et par un plus haut taux de réussite (obtention du diplôme). Cependant, le niveau d'endettement des jeunes et des jeunes adultes au Canada lorsqu'ils arrivent sur le marché du travail reste préoccupant. Bon nombre de jeunes adultes, qui n'ont pas les moyens de poursuivre des études postsecondaires sans aide financière, se retrouvent avec une dette importante au moment d'obtenir leur diplôme[208, 209]. Bien que les programmes de prêts et de bourses permettent d'éliminer les obstacles économiques aux études postsecondaires, d'autres facteurs peuvent empêcher les jeunes et les jeunes adultes de poursuivre leurs études[103, 445]. Par exemple, les personnes qui vivent en région rurale ou éloignée peuvent se heurter à des difficultés autres qu'économiques, comme la distance (qui limite l'accès à l'éducation) ou le peu d'importance accordée aux études dans certaines collectivités.

Le retour aux études

Bien que le Canada ait réduit son taux de décrochage au secondaire, certains jeunes et jeunes adultes n'obtiennent toujours pas leur diplôme. Des interventions peuvent encourager ces jeunes à reprendre leurs études ou à suivre une formation afin d'améliorer leurs chances sur le marché du travail. Beaucoup de décrocheurs du secondaire comptent retourner aux études plus tard dans la vie et le font la plupart du temps[193, 194]. Par exemple, les jeunes autochtones qui, généralement, quittent l'école plus tôt que les autres jeunes au Canada sont également plus susceptibles de faire un retour aux études[123]. Dans l'ensemble, les jeunes femmes sont plus nombreuses que les jeunes hommes à reprendre leurs études. Toutefois, la réussite n'est pas à la portée de tous[194]. Les programmes qui encouragent les jeunes et les jeunes adultes à retourner à l'école doivent tenir compte de facteurs essentiels tels que la motivation et la compatibilité avec d'autres responsabilités, comme celle d'être parent (particulièrement pour les jeunes femmes). Pour les jeunes hommes, le retour aux études est souvent motivé par des expériences sur le marché du travail, de bons résultats scolaires obtenus par le passé ou le désir d'occuper un autre emploi ou d'augmenter son revenu[194]. Pour mieux comprendre les obstacles qui empêchent les jeunes de réussir leurs études et mieux prévenir le décrochage chez les jeunes adultes, il serait nécessaire d'explorer davantage ces questions.

Le *Centre for Aboriginal Human Resource Development* est un centre d'apprentissage, situé à Winnipeg (Manitoba), qui vise à aider les jeunes adultes autochtones à obtenir leur diplôme d'études secondaires, à suivre une formation professionnelle et à accéder à des services d'emploi. Cet organisme communautaire fournit de l'aide financière, des services d'hébergement temporaire et des services de garde pour répondre aux besoins des jeunes parents qui étudient dans le cadre de l'un de ses programmes. Chaque année, depuis 30 ans, le Centre aide environ 1 200 étudiants à se trouver un emploi[446, 447].

Marché du travail

Pour bon nombre de jeunes canadiens, le travail à temps plein marque la fin de la transition entre la jeunesse et l'âge adulte. En général, le travail offre aux Canadiens des possibilités économiques qui peuvent se répercuter sur leur santé et sur celle de leur famille. Des recherches indiquent qu'il existe une importante gradation dans la prévalence des maladies et des années de vie perdues entre le quintile de revenu supérieur et chacun des quintiles de revenu inférieurs[448, 449]. Bien que le travail procure un revenu et favorise un sentiment d'appartenance, deux facteurs liés à la santé, il peut également avoir des effets importants sur la santé physique et mentale (voir les sections « Stratégies en milieu de travail » et « Prévention des blessures en milieu de travail », plus loin dans ce chapitre).

Comme nous l'avons vu aux chapitres 2 et 3, accéder au marché du travail pour la première fois n'est pas facile. Une récession, une dépression économique ou d'autres situations économiques incertaines peuvent rendre l'expérience encore plus difficile[72, 73]. Le manque d'expérience et de compétences pratiques constitue un autre obstacle auquel se heurtent les jeunes et les jeunes adultes au moment de faire leur entrée sur le marché du travail. Certains programmes aident les jeunes et les jeunes adultes au Canada à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour décrocher un emploi à temps plein[72, 126]. D'autres leur fournissent un soutien au point de vue de la recherche d'emploi, du placement en milieu de travail et de l'apprentissage. C'est le cas de la Stratégie emploi jeunesse, qui propose entre autres les programmes suivants :

- le programme Connexion compétences aide les jeunes de 15 à 30 ans qui éprouvent des difficultés (par exemple, les décrocheurs, les parents seuls, les jeunes autochtones, les nouveaux immigrants, les jeunes des milieux ruraux, les jeunes handicapés) à trouver un emploi et à acquérir des compétences professionnelles utiles;
- le programme Objectif carrière aide les diplômés de niveau postsecondaire à acquérir des compétences et à trouver un emploi dans leur domaine d'études;
- le programme Expérience emploi été fournit un soutien financier aux employeurs afin qu'ils créent des emplois d'été à l'intention des élèves de niveau secondaire et postsecondaire[72].

Un tout nouveau programme, le programme Éco-stages jeunesse permet aux jeunes et aux jeunes adultes au Canada d'acquérir de l'expérience en milieu de travail, en leur offrant la possibilité de faire un stage rémunéré

de trois à douze mois au sein d'organismes caritatifs, coopératifs, bénévoles ou à but non lucratif. En plus de favoriser l'acquisition d'expérience, le programme Éco-stages jeunesse appuie l'emploi dans le secteur communautaire et environnemental[450]. Les mesures de création d'emplois qui encouragent les employeurs à offrir aux étudiants et aux nouveaux diplômés des postes à court et à long terme sont importantes, car elles permettent aux jeunes et aux jeunes adultes d'acquérir des compétences, de la confiance et de l'expérience. Par exemple, Jeunesse Canada au travail aide les employeurs à créer, à l'intention des jeunes et des jeunes adultes, des possibilités de consolider leurs connaissances et de s'initier au domaine de la conservation du patrimoine et de la culture. Ce programme s'associe à la Fondation Héritage Canada, à Patrimoine canadien et à la Stratégie emploi jeunesse en vue d'offrir des emplois d'été et des stages destinés aux nouveaux diplômés[126].

Collectivités en santé

Le milieu scolaire et le monde du travail peuvent influer sur la santé actuelle et sur la santé à long terme. Le milieu bâti, qui fait partie de notre environnement physique, comprend les immeubles, les parcs, les écoles, les routes et tout autre élément d'infrastructure. L'aménagement urbain, le réseau de transports et la façon dont est conçu le milieu bâti ont des effets sur la santé de la population parce qu'ils influencent la quantité et l'accessibilité des activités physiques récréatives et utilitaires et la facilité avec laquelle il est possible de les pratiquer. Les résidants de quartiers où l'aménagement urbain est mixte (c'est-à-dire où l'on trouve des magasins, des écoles et des centres d'emploi accessibles à pied) sont plus actifs que ceux de quartiers conçus en fonction de l'automobile. Un lien a d'ailleurs été établi entre l'étalement des quartiers résidentiels à usage unique et le taux élevé d'obésité[451]. Les moyens de transport actif, comme la marche et le vélo, peuvent représenter une bonne partie de l'activité physique quotidienne recommandée par la Société canadienne de physiologie de l'exercice[131]. L'accès à des installations et à des sentiers récréatifs, leur esthétisme et l'impression de sécurité qu'ils inspirent contribuent également à augmenter l'activité physique. Enfin, selon leur emplacement, certains quartiers offrent un accès facile à des aliments nutritifs et bon marché[452].

Dans le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009*, le milieu bâti est présenté comme un secteur d'intervention important qui peut contribuer à réduire le nombre d'enfants atteints d'embonpoint ou d'obésité[30]. De fait, le niveau d'activité physique est considérablement plus élevé et le taux d'obésité plus faible dans les quartiers où il est facile de se déplacer à pied[9, 451]. Davantage d'enfants et de jeunes sont obèses et en surpoids dans les quartiers défavorisés où il est difficile d'avoir accès à des aliments sains et à des installations récréatives et où les problèmes de sécurité sont plus grands[30]. De la même façon, les quartiers où le taux de criminalité est élevé et où la circulation est rapide ou dense rendent difficile la pratique d'activités extérieures (pour d'autres renseignements sur l'embonpoint et l'obésité chez les jeunes, voir la section intitulée « Promouvoir un poids santé et un mode de vie sain », plus loin dans ce chapitre.) L'environnement peut également avoir des effets directs et indirects sur la santé mentale et le bien-être, ce qui peut se manifester par des épisodes de détresse, des signes de dépression et des problèmes de comportement. D'ailleurs, des données témoignent de la relation étroite qui existe entre les expériences vécues dans un environnement naturel, les capacités d'apprentissage et l'état de santé et de bien-être (par exemple, le niveau de stress, l'hyperactivité avec déficit d'attention et le fonctionnement cognitif)[453].

Les jeunes et les jeunes adultes au Canada ont un rôle à jouer dans l'élaboration des politiques et des programmes qui influent sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur l'ensemble de leur environnement social. *Communities That Care* (CTC), par exemple, permet aux collectivités de participer à la planification et à la mise en œuvre de programmes de prévention qui sont basés sur des faits démontrés et sont offerts aux jeunes de 13 à 17 ans. Ce programme aide les décideurs à choisir et à instaurer des programmes fondés sur des données probantes qui répondent aux besoins d'une population en particulier. L'objectif est de favoriser un développement sain et de s'attaquer à l'abus de substances nocives, à la délinquance, à la violence, à la grossesse chez les adolescentes, au décrochage scolaire, à l'absentéisme et aux problèmes de santé mentale. Des évaluations menées dans les collectivités américaines qui ont eu recours à CTC ont permis de noter, chez les participants, une baisse des

facteurs de risque, du taux de criminalité et de la consommation de substances nocives[454, 455]. Certaines villes de la Colombie-Britannique et de l'Ontario qui ont utilisé le programme ont aussi obtenu des résultats positifs, mais des évaluations plus poussées sont nécessaires pour déterminer si CTC peut être appliqué avec succès au Canada[454].

Cultiver la résilience

La résilience est au cœur des questions traitées dans ce rapport en raison du rôle qu'elle joue dans la réussite du passage à l'âge adulte et de son effet déterminant sur la santé et le bien-être à long terme. On reconnaît généralement que la résilience est nécessaire pour surmonter les épreuves et qu'elle nécessite des aptitudes et des habiletés qui permettent de vaincre les difficultés. Tout le monde doit développer une force de résilience afin d'acquérir des aptitudes et des compétences et de s'entourer de la protection nécessaire pour traverser les épreuves de la vie. Le fait d'assurer le sain développement des enfants et des jeunes et de renforcer leurs acquis favorise de saines transitions. Les influences et les facteurs liés à l'enfance, comme les mauvais traitements et la négligence, peuvent avoir des effets dommageables sur la capacité à surmonter les difficultés[461].

La résilience se définit de bien des façons, et les opinions varient quant au rôle qu'elle joue dans l'état de santé d'une personne et aux facteurs individuels et généraux qui peuvent l'influencer[462]. Les nombreux travaux de recherche sur la résilience qui ont été effectués au cours des deux dernières décennies ont démontré que les jeunes sont plus souvent confrontés à des épreuves (milieu défavorisé, pauvreté, mauvais traitements), mais que certaines interventions peuvent les aider à accroître leur résilience[461]. Des études longitudinales, comme la classique étude longitudinale de Kauai, ont largement contribué à la recherche sur la résilience (voir l'encadré intitulé « L'étude longitudinale de Kauai : une étude sur la résilience »). En effet, elles ont permis de cerner avec précision les facteurs de protection et ceux qui prédisposent à la résilience[386, 461]. Ces études ont également démontré comment les facteurs de protection peuvent favoriser l'adaptation et comment certains processus d'ordre biologique, psychologique et social peuvent, au fil du temps, déterminer la capacité d'une personne de s'adapter à différentes situations[461].

La **résilience** désigne la capacité de surmonter les épreuves et les difficultés. Un grand nombre de facteurs dynamiques et non linéaires (comme la personne elle-même, les relations qu'elle entretient, son milieu de vie et son environnement physique) sont des facteurs qui agissent sur la résilience. Selon une définition plus complète, la résilience est la capacité d'une personne de surmonter les épreuves et de chercher à obtenir les soins et le soutien social dont elle a besoin; c'est aussi la capacité de recevoir ces soins et ce soutien auprès de sa famille, de sa collectivité et de son groupe culturel[456-460].

L'étude longitudinale de Kauai : une étude sur la résilience

L'étude longitudinale de Kauai, à Hawaï, a permis de suivre le développement de personnes à risque (en raison de complications prénatales ou périnatales, ou parce qu'elles vivaient dans la pauvreté ou dans un milieu familial conflictuel) de leur naissance, en 1955, jusqu'à la quarantaine. Cette enquête a permis d'étudier les facteurs qui ont une incidence sur le passage à l'âge adulte, notamment les facteurs de risque biologiques et psychosociaux, les expériences stressantes et les facteurs de protection. Dès l'âge de deux ans, les deux tiers des personnes à risque présentaient des problèmes d'apprentissage et de comportement. L'autre tiers ne présentait pas ce type de problèmes et avait acquis, avant la fin de l'adolescence, la capacité de résoudre des problèmes et de se fixer des objectifs d'avenir, ambitieux mais réalistes. Les jeunes qui ont réussi à s'adapter à l'âge adulte ont surmonté les épreuves grâce à trois types de facteurs de protection : des facteurs individuels, comme la sociabilité, la conscience de soi et l'empathie; des facteurs familiaux, comme un milieu stimulant; des facteurs communautaires, comme le soutien des aînés, des pairs, des enseignants, des voisins, des parents, du petit ami ou de la petite amie, des jeunes dirigeants, des pasteurs et des membres de l'Église. En particulier, les personnes qui ont pu établir, en bas âge, des relations avec des adultes sur qui elles pouvaient compter présentaient un meilleur état de santé[386].

La recherche sur la résilience : le Resilience Research Centre du Canada

Le *Resilience Research* Centre de l'Université Dalhousie à Halifax (Nouvelle-Écosse) étudie la façon dont les enfants, les jeunes et les familles surmontent les épreuves en observant, au-delà de la résilience individuelle, le milieu social et l'environnement physique[465].

Dans le cadre d'un projet international sur la résilience, une équipe de chercheurs a créé la *Child and Youth Resilience Measure*, un outil de mesure comptant 28 éléments qui est utilisé dans divers milieux de recherche dans le monde pour comprendre les facteurs associés à la résilience. Au Canada, les sites de recherche ont examinés les régions du Nord (le Centre-Nord du Labrador) et les régions du Sud (Winnipeg et Halifax)[456]. Dans le Sud, les jeunes attachaient une grande importance aux facteurs individuels, comme rester réalistes, prendre conscience de leur identité et améliorer leur confiance en soi[466]. Dans le Nord, les participants – principalement des jeunes innus du Nord du Labrador – insistaient, quant à eux, sur l'importance de la collectivité pour surmonter les épreuves, et ils ont affirmé que le développement de la résilience passait par la résolution des problèmes au sein de la collectivité, comme l'isolement et l'abus de substances nocives[467]. À partir de cette information, il est possible d'adapter les interventions de manière à travailler sur les forces individuelles et collectives tout en examinant dans quel contexte la résilience peut être développée. Les programmes qui visent à accroître la résilience chez les jeunes et les jeunes adultes doivent tenir compte des connaissances locales, prendre en considération le contexte et les besoins de la population et comprendre ce qui contribue à la résilience[456].

D'autres travaux de recherche se sont intéressés à la résilience et à son importance pour faciliter le passage à l'âge adulte, dans le contexte de l'acquisition des compétences et des aptitudes à la prise de décision. Le projet *Stories of Transition*, par exemple, consiste à suivre des jeunes adultes pendant dix ans, après la fin de leur secondaire, afin d'examiner les choix qu'ils exercent, les études et la formation qu'ils suivent et les emplois qu'ils occupent. Selon les résultats de quatre milieux de recherche, soit la province de l'Île-du-Prince-Édouard, et les villes de Halifax (Nouvelle-Écosse), Guelph (Ontario) et Calgary (Alberta), les jeunes explorent les possibilités qui s'offrent à eux seulement pendant une courte période, de la fin de l'adolescence à la mi-vingtaine. Les participants ont indiqué avoir reçu peu d'information et de conseils en matière d'emploi, mais un bon nombre ont néanmoins affirmé avoir subi des pressions pour se trouver un emploi et s'établir[468].

La résilience influe sur la façon dont les gens s'adaptent aux difficultés tout au long de leur vie. Cette capacité d'adaptation est souvent influencée par la conscience de soi, par les relations interpersonnelles et par la façon dont une personne gère les divers aspects de sa vie[384]. On peut améliorer sa force de résilience en resserrant ses liens avec les autres, en trouvant des solutions aux problèmes, en agissant avec indépendance et en développant un bon esprit de décision[384, 385]. Pour la plupart des jeunes et des jeunes adultes au Canada, la résilience naît de ce que la chercheuse A. S. Masten appelle « la magie ordinaire », qui se trouve dans leurs expériences personnelles, leurs liens familiaux, leurs relations et leurs collectivités[385]. Les personnes pour lesquelles il y a lieu de s'inquiéter sont celles qui ne disposent pas d'un système de protection de base (par exemple, absence de soutien social), qui ont du mal à gérer les traumatismes psychologiques et affectifs et les interruptions dans leur développement et qui sont incapables de se faire confiance, de se respecter, de se fixer des objectifs réalistes ou de résoudre des problèmes qui leur permettraient de survivre, de s'épanouir et d'établir des relations d'entraide et de collaboration[463].

Les programmes les plus efficaces mettent l'accent sur la résilience chez les jeunes enfants de façon à la faire croître au cours de leur vie[384]. Cependant, de plus amples recherches permettraient de déterminer comment les parents, les enseignants et les travailleurs de première ligne pourraient aider les enfants et les jeunes à développer, préserver, rétablir et entretenir leur capacité à surmonter les difficultés[464]. Bien que la plupart des jeunes et des jeunes adultes au Canada soient en bonne santé, le

fait que la population soit considérée comme homogène a pour conséquence que l'on ne tient pas compte de sa réelle diversité, qui varie selon le genre, la culture, la sexualité et l'origine ethnique. Des travaux de recherche sur la résilience sont en cours au Canada et ailleurs (voir l'encadré intitulé « La recherche sur la résilience : le *Resilience Research Centre* du Canada »).

La résilience se développe différemment chez les adolescents et les adolescentes. Chez les adolescents, les notions traditionnelles rattachées au «code de conduite masculin» sont fondées sur le courage, la force, la honte et un faible attachement affectif. Ces attitudes, qui masquent souvent la vraie résilience, peuvent nuire à l'établissement de relations saines et compromettre la santé mentale et le bien-être en général[469, 470]. Pour la plupart des adolescents, être fort se fait souvent au prix des relations avec les autres. Ainsi, renforcer la résilience des adolescents, c'est leur donner l'occasion d'établir des amitiés durables fondées sur la confiance (ce type d'amitié est plus fréquent chez les filles) et les encourager à entretenir des amitiés platoniques avec des filles (parce que celles-ci font généralement preuve de plus d'empathie et leur permettent d'exprimer davantage leurs sentiments). C'est aussi leur apprendre à exprimer une multitude d'émotions et à se choisir de bons conseillers, particulièrement parmi les membres masculins de la famille[469]. La résilience peut créer des différences entre les adolescents et les adolescentes au point de vue des travaux et de la persévérance scolaires et peut, par conséquent, avoir des effets sur la santé et le bien-être à long terme[469].

La recherche sur les facteurs de protection et la résilience chez les adolescentes

S'appuyant sur les données de la *National Longitudinal Study of Adolescent Health*, le département de la Justice des États-Unis a constaté que de nombreuses adolescentes ayant adopté des comportements délinquants avaient été victimes de négligence, avaient subi des agressions physiques et sexuelles ou avaient vécu dans des quartiers défavorisés[471]. Il est toutefois important de noter que les comportements délinquants ne s'observent pas uniquement chez les adolescentes considérées comme à risque. L'étude a démontré que la présence d'un adulte attentionné, les bons résultats scolaires, le sentiment d'appartenance à l'école et les facteurs communautaires pouvaient favoriser la protection et la prévention. Cependant, dans de nombreux cas, ces facteurs de protection n'étaient pas suffisants pour annuler les effets des antécédents (comme ceux liés à une agression)[471]. Une recherche canadienne portant sur les comportements sexuels à risque chez les adolescentes de 12 à 17 ans ayant subi de la violence sexuelle a démontré que les risques d'adopter des comportements malsains augmentent en fonction de la gravité des actes subis[472]. Les interventions cliniques et le dépistage précoce semblent prometteurs pour améliorer la capacité d'adaptation et les aptitudes à la prise de décision. Cependant, d'autres recherches seraient nécessaires pour mesurer l'efficacité de ces interventions à améliorer la résilience chez les adolescentes à risque[471].

À l'adolescence, on peut observer, chez beaucoup de filles, une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi. Comparativement aux adolescents, les adolescentes ont davantage tendance à être pessimistes (par rapport à elles-mêmes et par rapport à la société), à anticiper les échecs en se basant sur leur expérience passée, à se blâmer et à se critiquer. Ainsi, les adolescentes sont plus susceptibles d'être déprimées et d'avoir une image négative d'elles-mêmes, ce qui les amène à perdre leur intelligence relationnelle et à détruire des relations sincères[470]. Toutefois, comparativement aux adolescents, les adolescentes trouvent davantage de soutien auprès

de leur réseau social et saisissent plus facilement les occasions d'exprimer leurs émotions. L'éducation et la formation axée sur les compétences sont essentielles pour améliorer les aptitudes, les acquis et les relations chez les filles et leur apprendre à replacer les problèmes dans un contexte social plus large (c'est-à-dire de les voir d'un point de vue extérieur à elles-mêmes), à déterminer où elles peuvent obtenir du soutien et à faire obstacle aux influences négatives pour les remplacer par des influences plus positives. Cultiver la résilience chez les adolescentes leur donne également le courage de s'affirmer[470].

La résilience chez les jeunes LGBTQ se développe également dans un contexte familial, scolaire et social[249]. Ces jeunes, dont on exige qu'ils se conforment aux normes de développement et de socialisation hétérosexuelles et traditionnellement associées aux genres, sont susceptibles d'être réduits à l'isolement, d'être stigmatisés et de faire preuve d'une faible résilience. Pour accroître la résilience chez les jeunes marginalisés, il faut leur donner les moyens de surmonter les épreuves avec confiance, de résister à la discrimination et à l'intimidation et de participer à la société afin d'établir des relations d'entraide et de collaboration[21]. L'*Institute for Sexual Minority Studies and Services* de l'Université de l'Alberta à Edmonton effectue des travaux de recherche sur les acquis nécessaires pour améliorer la résilience. Il s'est servi de résultats de recherche pour concevoir et mettre en œuvre deux programmes prometteurs : le *Youth Intervention and Community Outreach Worker Program,* qui fournit pendant un an de l'aide individuelle et du soutien social aux jeunes de la région d'Edmonton, et *Camp fYrefly,* un camp national qui vise à développer l'esprit d'initiative chez les jeunes des minorités sexuelles et les jeunes de genre variable[20]. Ces deux programmes mettent l'accent sur des méthodes d'enseignement communautaires fondées sur l'art afin d'aider les jeunes à améliorer leur résilience et leur esprit d'initiative, et ce, dans un environnement qui favorise le développement individuel, la socialisation et l'estime de soi[20, 21]. L'objectif est d'apprendre aux jeunes qu'ils ont le pouvoir d'apporter une contribution utile à leur vie, à leur milieu d'apprentissage, à leur milieu familial ou de groupe et à leur collectivité[20, 473].

Réduire les comportements à risque

Les risques font partie de la vie et s'observent dans les innombrables activités que nous accomplissons au quotidien[149]. Nous prenons des risques à tout âge, et cette étape est essentielle à l'apprentissage et au développement des jeunes et des jeunes adultes. Toutefois, pendant les périodes de transition, les rôles, les relations, les expériences et les attentes évoluent. Dans ce contexte, acquérir de nouvelles aptitudes et vivre des expériences nouvelles peut avoir des effets bénéfiques ou des effets néfastes sur la santé[10]. Les comportements acquis en bas âge peuvent durer toute la vie, et certains d'entre eux peuvent prémunir contre des troubles de santé chroniques ou peuvent être considérés comme des facteurs de risque à long terme[10, 386]. Par exemple, le tabac, qui est un facteur de risque associé à certaines maladies chroniques, est un comportement adopté à l'adolescence (avant 20 ans) par 87 % des adultes au Canada ayant déclaré avoir fumé (voir le chapitre 3 pour d'autres détails sur le sujet)[355].

Les comportements à risque sont complexes. Bien que, en réalité, les comportements restent des choix personnels, ils sont influencés par l'environnement social et économique dans lequel une personne travaille, apprend, vit et s'amuse. Lorsque cet environnement est déficient, il devient difficile de faire des choix sains. Ainsi, certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres d'adopter des comportements à risque et ainsi de s'exposer à des blessures ou à des maladies. Lorsqu'on examine les comportements à risque, il faut donc tenir compte des déterminants de la santé et des conditions dans lesquelles certains jeunes et jeunes adultes vivent leurs transitions. Ces conditions peuvent être déterminées par des processus biologiques ainsi que par des déterminants et des comportements sociaux[10]. De façon générale, les données montrent que, chez les jeunes et les jeunes adultes, les comportements à risque sont souvent liés les uns aux autres[10, 474]. Par exemple, les fumeurs réguliers sont généralement plus portés à consommer de l'alcool et des drogues illicites[10, 474].

Certaines mesures font aussi appel à la sensibilisation pour apprendre aux jeunes et aux jeunes adultes à cerner et à gérer les risques, puis à appliquer cette nouvelle

aptitude tout au long de leur vie (voir l'exemple de SauveQuiPense dans la section intitulée « Stratégies globales de prévention des blessures » du présent chapitre). Cette approche les amène à effectuer des choix judicieux (ou moins risqués) lorsqu'il y a risque de blessure[149]. Cependant, des programmes plus ciblés devraient être élaborés afin de répondre aux besoins de certains groupes de population qui bénéficient d'un soutien limité (un revenu modeste, un faible niveau de scolarité et un manque de soutien social) ou qui n'ont pas de bons modèles de conduite auxquels se rattacher. Ne pas répondre aux besoins de ces groupes de population pourrait entraîner d'autres inégalités en matière de santé.

Une étude menée en Écosse a montré qu'il existe un lien entre la consommation de substances nocives chez les jeunes et les jeunes adultes (peu importe le sexe) et les comportements sexuels à risque[474]. Même si l'on sait que certains risques sont liés les uns aux autres, on dispose de peu de données et d'évaluations sur les interventions qui visent à prévenir à la fois la consommation de substances nocives et les comportements sexuels à risque[474]. Des analyses ont démontré que les mesures qui ciblent un seul comportement à risque étaient prometteuses. Par exemple, les interventions stratégiques axées sur le contrôle des produits du tabac et de l'alcool ont permis de réduire les comportements à risque[476]. Cependant, il demeure difficile de trouver des interventions efficaces qui portent sur l'ensemble des comportements à risque, et celles qui ont déjà été tentées en milieu scolaire, sous forme de programme de formation axé sur les aptitudes sociales et les connaissances pratiques, se sont révélées peu concluantes à long terme. Par contre, les interventions qui ciblent quatre grands domaines de risque (c'est-à-dire l'individu, la famille, l'école et la collectivité) ont donné de meilleurs résultats[474]. En effet, certains programmes, comme le Renforcement des familles pour l'avenir (dont la version canadienne est décrite dans l'encadré intitulé « Bâtir des familles solides : le programme Triple P- Le programme de pratiques parentales positives et le Renforcement des familles pour l'avenir »), ont mené à la réduction des problèmes d'abus de substances nocives. Pour renforcer les facteurs de protection et ainsi minimiser les risques, ces interventions doivent examiner le contexte social, la nature évolutive des facteurs d'influence, les changements sociaux et l'importance des

étapes de transition[474]. Elles doivent également tenir compte du rôle que jouent les réseaux et les médias sociaux sur la santé des jeunes et des jeunes adultes d'aujourd'hui. C'est pourquoi d'autres travaux de recherche seraient nécessaires pour concevoir, adapter et évaluer les interventions susceptibles de prévenir les comportements à risque, pris isolément ou en association avec d'autres, en tenant compte des différences de comportements observées au sein de la population, et ce, dans le but de réduire la marginalisation et l'exclusion[474].

Favoriser la santé mentale et les facteurs de protection

Bon nombre de facteurs et d'expériences vécues pendant l'enfance peuvent avoir une incidence sur les risques, pour les jeunes et les jeunes adultes, de développer des maladies mentales et des problèmes de santé mentale qui peuvent avoir des répercussions tout au long de la vie. La privation, les mauvais traitements, la négligence, un faible poids à la naissance ainsi que la situation d'emploi des parents, leur niveau de scolarité, leur santé mentale et leurs compétences parentales en sont quelques exemples[210, 475, 476]. Le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* met en évidence l'importance des efforts déployés en amont pour favoriser le bien-être affectif et social et, dans la mesure du possible, pour prévenir les maladies mentales

et promouvoir le bien-être et la santé mentale dès le tout jeune âge[477]. Les programmes qui visent à bâtir des familles solides et qui combinent les interventions en milieu familial et communautaire ont permis d'améliorer le bien-être des jeunes parents et celui de leurs enfants en créant des milieux plus favorables, en facilitant l'accès aux soins et en éliminant les obstacles qui les empêchent d'obtenir l'aide dont ils ont besoin[47, 478]. Les interventions en milieu de travail peuvent également accroître le bien-être des parents en favorisant une bonne santé et en s'attaquant aux problèmes de santé mentale. Par exemple, un milieu de travail flexible permet aux familles de s'occuper de leurs problèmes de santé et encourage les parents à participer à la vie de leurs enfants[479]. Les programmes communautaires peuvent faciliter l'inclusion sociale et contribuer au développement du capital social, deux importants déterminants de la santé mentale[478]. Les interventions qui favorisent la santé mentale et le bien-être doivent permettre de reconnaître et d'examiner les déterminants socioéconomiques de la santé et les autres facteurs qui permettent aux enfants et aux jeunes d'accroître leur résilience (voir la section intitulée « Cultiver la résilience », dans les pages précédentes).

Les interventions les plus efficaces en santé mentale, particulièrement pour les populations à risque, sont celles qui :

- s'inscrivent dans la durée[480, 481];
- tiennent compte de l'âge, de la culture et du genre;
- comportent plusieurs volets de façon à cibler plus d'un élément;
- sont menées en bas âge et mettent l'accent sur les relations et le développement cognitif;
- sont destinées aux personnes, aux familles et aux collectivités[482].

La section qui suit examine :

- les interventions destinées aux jeunes;
- la promotion de la santé mentale en milieu scolaire;
- l'accès aux services de santé mentale;
- la promotion de la santé mentale et la littératie en santé mentale;
- la lutte contre la stigmatisation associée à la maladie mentale;
- les stratégies globales de promotion de la santé mentale et du bien-être.

Interventions destinées aux jeunes

De nombreuses maladies mentales se manifestent d'abord à l'adolescence. Les interventions qui s'adressent aux jeunes peuvent donc aider à résoudre les problèmes de santé mentale et favoriser le bien-être mental[210, 478, 482]. Bien que les programmes généraux soient les moins coûteux à mettre en place, les programmes ciblés, par exemple ceux qui sont axés sur la prévention de la dépression, se révèlent les plus efficaces chez les jeunes[482, 483]. Les programmes qui s'adressent spécialement aux jeunes à risque comprennent les thérapies comportementales et cognitives, les mesures de prévention et les programmes d'éducation en milieu scolaire (voir la section « Promotion de la santé mentale en milieu scolaire »).

La thérapie comportementale et cognitive vise à renforcer les aptitudes sociales et les compétences en résolution de problèmes qui, au fil du temps, permettent d'améliorer la résilience, de combattre l'isolement social et de réduire les mauvais résultats scolaires chez les jeunes à risque[478]. Dans le cadre d'essais contrôlés randomisés, les thérapies comportementales et cognitives ont eu des effets positifs sur la santé mentale, notamment en réduisant les signes de dépression après la thérapie et entre les suivis. Les interventions les plus longues, celles comportant dix séances ou plus, étaient les plus efficaces[478, 484]. Des études menées à l'étranger ont par ailleurs montré que la thérapie comportementale et cognitive donne de meilleurs résultats cliniques et offre un meilleur rapport coût-efficacité. Malgré tout, elle est rarement offerte au Canada. Il faudrait effectuer d'autres recherches pour déterminer sa rentabilité et son efficacité au pays[478, 482, 485].

Les programmes d'intervention portant sur la dépression chez les jeunes ont permis de réduire de façon importante les symptômes de dépression[483]. Tout particulièrement, ces interventions se sont avérées plus efficaces chez les filles à la fin de l'adolescence et chez les jeunes des minorités ethniques présentant des taux élevés de dépression déclarée. Dans l'ensemble, les programmes de prévention offerts par un spécialiste (plutôt que par un enseignant, par exemple), qui s'étalaient sur une courte période et qui proposaient un devoir ou un exercice à faire à la maison ont généré de meilleurs résultats[478, 482, 483].

Les programmes de prévention de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues qui s'adressent spécifiquement à chaque genre sont également plus efficaces que ceux destinés aux deux sexes[486]. En effet, les programmes qui favorisent l'identité sexuelle offrent généralement un meilleur soutien aux adolescentes et aux jeunes femmes en période de transition et leur permettent d'acquérir les aptitudes nécessaires pour améliorer leur résilience et établir des relations saines[486]. À partir d'une analyse critique, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a défini plusieurs pratiques de promotion de la santé mentale qui abordent efficacement les problèmes de consommation et d'abus de substances nocives chez les jeunes. Voici celles qui s'appliquent tout particulièrement à ce groupe d'âge :

- cerner et modifier les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influent sur les problèmes de santé mentale;
- intervenir dans différents milieux, en particulier en milieu scolaire, et faire appel à plusieurs approches;
- mettre l'accent sur l'acquisition de nouvelles aptitudes, le renforcement de l'autonomie, le développement de l'autoefficacité et la résilience individuelle;
- former des non-professionnels aptes à créer des relations basées sur l'entraide et la confiance;
- fournir un soutien complet axé sur les rapports parent-enfant, les relations entre les pairs et le rendement scolaire;
- fournir de l'information et des services adaptés à la culture, équitables et holistiques[487].

Promotion de la santé mentale en milieu scolaire

Même si les interventions précoces, comme celles qui s'adressent aux enfants de niveau préscolaire et primaire, ne sont pas étudiées dans le cadre du présent rapport, leurs avantages ne doivent pas être sous-estimés pour autant[477, 478]. Déterminer qui sont les jeunes et les jeunes adultes à risque et offrir des services d'intervention précoce permet de réduire la prévalence des problèmes de santé mentale qui pourraient survenir plus tard dans la vie. Puisque 69 % des jeunes et des jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de trouble d'anxiété ou de trouble de l'humeur ont déclaré que leurs premiers symptômes se sont manifestés avant l'âge de 15 ans, les écoles pourraient donc jouer un rôle de premier plan afin de déceler ces problèmes rapidement, de réduire la stigmatisation et de promouvoir des stratégies efficaces[210, 488]. Les interventions précoces favorisent, en effet, l'appartenance sociale et l'apprentissage affectif[489]. Les écoles sont un lieu d'interaction sociale où il est possible d'exercer sur les jeunes une influence durable[481].

Les équipes de spécialistes en milieu scolaire sont habituellement composées d'enseignants, de travailleurs sociaux et d'intervenants auprès des enfants et des jeunes qui ont tous un rôle à jouer pour dépister les problèmes de santé mentale, faciliter l'accès aux services de santé mentale et orienter les jeunes vers ces services[490]. Dans la mesure où les programmes en milieu scolaire constituent un moyen efficace de joindre les jeunes, on s'est inquiété du changement dans la composition des équipes de soutien ainsi que dans la portée de leur action. Mais, depuis quelque temps, les enseignants reçoivent une formation qui leur permet de détecter les problèmes de santé mentale et de mettre en œuvre des programmes en classe pour appuyer le travail des spécialistes de la santé et des services sociaux[490].

Accès aux services de santé mentale

La CSMC a défini les grandes lignes d'une vaste stratégie en matière de santé mentale (voir la section intitulée « Stratégies globales de promotion de la santé mentale et du bien-être »), ce qui montre l'importance pour les jeunes et les jeunes adultes d'avoir accès à des services de santé mentale qui répondent à leurs besoins[226, 477]. Mettre en place des services adaptés aux jeunes et aux jeunes adultes représente un défi de taille étant donné les risques de dépendance, de consommation de substances nocives, de problèmes de santé sexuelle et de comportements agressifs qui accompagnent les problèmes de santé mentale[226, 491].

Pour de nombreux jeunes et jeunes adultes, s'adresser à un établissement de soins primaires semble indiquer une maladie et crée de l'incertitude et des inquiétudes liées à la confidentialité[491]. De plus, les gens ont souvent l'impression que les services de santé mentale sont conçus expressément pour les adultes et que, par conséquent, ils ne sont pas adaptés aux besoins ni à la réalité des jeunes et des jeunes adultes. À l'aide de ressources adéquates, les écoles pourraient offrir des services de santé mentale[491, 492]. D'ailleurs, les enseignants et les travailleurs sociaux sont les adultes les plus susceptibles de remarquer les symptômes, de constater les problèmes qu'ils causent et de recevoir les confidences des jeunes. Les spécialistes, eux, peuvent diagnostiquer les comportements et les symptômes et orienter rapidement les jeunes vers les services appropriés[490, 493]. S'attaquer aux problèmes de santé mentale grâce à des programmes mis en place dans les écoles constitue une bonne façon d'entreprendre la lutte contre la stigmatisation, de cultiver la résilience et d'éliminer les obstacles qui empêchent les jeunes de recevoir les services appropriés.

En raison des limites d'âge et des seuils d'admissibilité, beaucoup de jeunes adultes qui atteignent 18 ou 19 ans n'ont plus accès aux services sociaux ni aux services de santé[477, 494]. Le fait d'offrir des services en fonction de l'âge ne tient pas nécessairement compte de l'état de santé des jeunes ni de leur degré de maturité. Les services qui s'adressent aux adultes peuvent être méconnus des jeunes, leur sembler imprécis ou inappropriés sur le plan culturel[225, 494]. Idéalement, les services devraient être progressifs afin d'assurer la continuité du traitement. En effet, les organisations devraient offrir de vastes programmes qui intégreraient tous les secteurs d'intervention et favoriseraient une approche systémique de la santé afin de s'attaquer aux problèmes à partir de l'enfance jusqu'à l'âge adulte[495]. De plus, la coordination entre les services permettrait de s'assurer que la limite d'âge est uniformisée entre les services sociaux, les services de santé et les services juridiques ainsi que dans les provinces, les territoires et les municipalités[496].

Promotion de la santé mentale et littératie en santé mentale

Selon l'OMS, la mise en œuvre de politiques publiques de promotion de la santé mentale qui ciblent les personnes aux prises avec un problème de santé mentale peut mener à des avancées importantes au point de vue de la santé mentale et du développement socioéconomique de la population[477]. Les déterminants généraux de la santé peuvent influer sur la santé mentale. Plus précisément, l'appartenance sociale et l'adoption de comportements sains (par exemple, bien manger) peuvent avoir des répercussions positives sur le bien-être général d'une personne et sur sa capacité à gérer le stress et les changements[477].

La promotion de la santé mentale en milieu de travail peut aider à réduire l'anxiété, la dépression et le stress qui résultent d'une surcharge de travail, de contraintes de temps, de la précarité de l'emploi, de la banalité des tâches à accomplir, du bruit, des relations entre employés ainsi que des rapports avec l'employeur[496, 497]. Par exemple, les employés qui ont accès à des programmes de formation en cours d'emploi, qui ont la possibilité de réduire leur charge de travail et qui jouissent d'un milieu de travail sain ressentent généralement un plus grand bien-être[497]. La mise en place de vastes politiques et stratégies permettrait de réduire et de gérer les risques en milieu de travail en prévenant les situations susceptibles de nuire au bien-être et à la santé mentale des employés. Les mesures qui soutiennent les jeunes et les jeunes adultes dans leur recherche d'emploi donnent également de bons résultats, notamment en améliorant leur capacité à gérer le stress et à se motiver, leur assurant ainsi une certaine stabilité d'emploi et un meilleur réseau de soutien[477]. À l'aide du financement du gouvernement

fédéral, la CSMC travaille à mettre au point une norme nationale (*National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace*) ayant pour objectif à long terme de gérer de façon durable et systématique la santé et la sécurité psychologiques au travail[498].

La littératie en santé mentale comprend la prévention de la maladie mentale, la reconnaissance des symptômes et des interventions possibles et la réduction de la stigmatisation. Dans l'ensemble, les Canadiens s'y connaissent assez bien en santé mentale : ils sont bien informés sur la prévalence des troubles mentaux, sont sensibilisés aux signes précurseurs et ont la capacité de reconnaître un trouble mental[499]. Néanmoins, bon nombre continuent de croire que les problèmes de santé mentale sont rares et que les troubles comme la dépression et l'anxiété sont d'origine environnementale. En outre, ils peuvent difficilement faire la distinction entre la schizophrénie ou l'anxiété et la dépression (en particulier chez les jeunes) et confondent les problèmes de santé mentale avec d'autres problèmes de santé[499]. Alors que de nombreux Canadiens recommanderaient des soins médicaux pour traiter les troubles de santé mentale, les données indiquent que les personnes qui sont placées dans cette situation préféreraient se soigner elles-mêmes, chercher du soutien non officiel et modifier leur style de vie. Elles précisent également qu'elles seraient mal à l'aise d'avouer leur trouble mental par crainte de perdre leur sécurité d'emploi et leurs relations sociales[499].

La **littératie en santé mentale** correspond à l'ensemble des connaissances et des aptitudes qui permettent aux gens d'acquérir, de comprendre et d'appliquer l'information sur la santé mentale. Ce terme, relativement nouveau, a d'abord été utilisé en Australie, il désigne les connaissances et les croyances qui permettent de reconnaître, de gérer ou de prévenir les troubles de santé mentale. Il est inspiré du concept de littératie en santé et de la capacité d'acquérir et de mettre en pratique les renseignements sur la santé. Les deux concepts ont évolué et, aujourd'hui, ils tiennent compte de l'importance, de la complexité et de l'interdépendance des facteurs individuels et sociaux[499].

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) a créé un cadre national intégré (*National Integrated Framework for Enhancing Mental Health in Canada*) destiné à améliorer la littératie en santé mentale au Canada[499]. Ce cadre de travail présente une liste d'objectifs pressentis liés à la littératie en santé mentale, entre autres : accroître la sensibilisation, lutter contre la stigmatisation et la discrimination, améliorer les systèmes de compétences pour fournir un meilleur soutien aux personnes atteintes de maladie mentale, offrir aux fournisseurs de soins une formation en santé mentale, assurer aux Autochtones un meilleur accès aux services et à l'information, peu importe leur lieu de résidence, et améliorer l'appui et la participation du public aux mesures et aux initiatives, et ce, aux différentes étapes de la vie[499].

L'idéal pour rehausser le niveau de littératie en santé mentale et, par conséquent, améliorer les traitements offerts, c'est d'acquérir la capacité à comprendre et à cerner les problèmes de santé mentale[499, 500]. Inspiré de la démarche australienne (élaborée par le centre de recherche en santé mentale de l'*Australian National University* et financée par le centre de recherche *ORYGEN* de l'Université de Melbourne), le programme Premiers soins en santé mentale (PSSM) a été adapté et mis en œuvre en 2010 par la CSMC [500, 501]. Aujourd'hui offerte dans de nombreuses collectivités, la version canadienne de ce programme a pour but d'aider les participants à améliorer leurs compétences et leurs connaissances en santé mentale et ainsi à mieux reconnaître et gérer leurs problèmes de santé mentale ou ceux d'un membre de leur famille, d'un ami ou d'un collègue[500].

Généralement, un programme de premiers soins en santé mentale repose sur le même principe que les premiers soins traditionnels. Une aide est fournie jusqu'à ce qu'un traitement approprié soit trouvé ou que la crise soit résolue. On tente ainsi de protéger les personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes et on empêche que le problème de santé mentale ne s'aggrave. Le rétablissement d'une bonne santé mentale est donc favorisé en offrant du réconfort à la personne en état de crise (voir l'encadré intitulé « Premiers soins en santé mentale Canada : l'exemple du *Jack Project* »). Des évaluations ont permis d'établir que le programme PSSM est efficace pour accroître les connaissances, réduire la

Premiers soins en santé mentale Canada : l'exemple du « Jack Project »

Le *Jack Project* a pris naissance en 2010 lorsqu'un fonds commémoratif a été créé en l'honneur d'un étudiant de première année de l'Université Queen's qui s'est suicidé. Géré par l'organisme Jeunesse, J'écoute, ce projet est appuyé par l'Université Queen's à Kingston (Ontario)[505]. Depuis 2007, l'Université Queen's soutient le programme PSSM Canada, grâce à ses trois instructeurs certifiés et aux cours qu'elle propose à son personnel et à ses étudiants. Actuellement, le programme PSSM est disponible en plusieurs centaines d'écoles publiques ainsi que dans 41 universités et 42 collèges de tout le Canada.

L'objectif du *Jack Project* est d'accroître le niveau de littératie en santé mentale chez ceux qui pourraient être appelés à donner des premiers soins en santé mentale. Le projet vise à offrir aux jeunes de 16 à 20 ans qui font la transition entre les études secondaires et les études postsecondaires des conseils et des renseignements sur la santé mentale et sur les ressources mises à leur disposition. Il vise à éliminer des obstacles liés à la santé mentale, tels que l'incompréhension et la stigmatisation, grâce à un microsite qui permet d'orienter les jeunes atteints de ce problème. Le microsite fournit de l'information au moyen d'applications Web, d'applications mobiles, de clavardage et de messagerie instantanée[505]. Le *Jack Project* comprend également une campagne de sensibilisation sur les premiers soins en santé mentale. Cette campagne, qui s'échelonnera sur les deux prochaines années, sera menée dans 300 écoles secondaires et 30 collèges et universités de tout l'Ontario de manière à accroître le niveau de littératie en santé mentale chez les jeunes[505]. Elle vise à sensibiliser, soutenir et réduire la stigmatisation en aidant le personnel scolaire à reconnaître les signes de problèmes de santé mentale et à de fournir un soutien aux étudiants (voir également la section intitulée « Prévention du suicide et médias sociaux », plus loin dans ce chapitre)[505, 506].

stigmatisation et augmenter les comportements aidants. La formation en PSSM aide les participants à mieux reconnaître les signes de problèmes de santé mentale et à traiter la maladie mentale en apportant rapidement un soutien professionnel à ceux qui en ont besoin[502, 503]. Les évaluations ont aussi indiqué que, grâce à la formation qu'il offre, le programme PSSM permet d'améliorer le niveau de littératie en santé mentale dans la collectivité et qu'il pourrait être appliqué à plus grande échelle, dans toutes les administrations[501, 504]. Toutefois, puisque les effets à long terme des premiers soins en santé mentale sont encore méconnus, il serait utile de poursuivre les recherches dans ce domaine[503].

Lutte contre la stigmatisation associée à la maladie mentale

La stigmatisation, peu importe la raison (problème de santé, appartenance culturelle, genre, orientation sexuelle), peut toucher de nombreuses personnes et survenir dans différents contextes[507]. En général, elle résulte de la mauvaise compréhension d'une réalité, ce qui conduit aux préjugés et à la discrimination. Ainsi, de nombreuses personnes qui vivent avec une maladie mentale ou un problème de santé mentale sont victimes de stigmatisation. Celle-ci peut avoir des répercussions néfastes sur la capacité d'une personne à se développer, à socialiser, à poursuivre des études, à occuper un emploi, à participer à des activités bénévoles ainsi qu'à chercher de l'aide et à obtenir des soins[507]. Il existe plusieurs façons d'éliminer la stigmatisation associée à la maladie mentale. L'éducation précoce (dans les écoles primaires et secondaires) et la sensibilisation aux troubles de santé mentale provoquent généralement une remise en question des préjugés et réduisent la stigmatisation qui en découle[507, 508]. Cibler les enfants et les jeunes est une méthode efficace pour promouvoir l'empathie et la tolérance et les sensibiliser à la maladie mentale avant qu'ils n'adoptent des attitudes négatives. D'ailleurs, l'éducation précoce s'est révélée plus efficace pour réduire la stigmatisation que les activités de sensibilisation à grande échelle[507]. En effet, les mesures qui visent à mettre fin à la stigmatisation chez les plus jeunes peuvent se répercuter tout au long de leur vie, ce qui permet, au fil du temps, d'avoir une plus grande incidence sur la population.

La stigmatisation associée à la santé mentale ne se répercute pas uniquement sur le bien-être des Canadiens; elle constitue également un obstacle pour ceux qui cherchent à obtenir des soins[509]. Selon l'enquête intitulée De la jeunesse canadienne pour la santé mentale et maladie *Survey*, 63 % des répondants ont déclaré que la gêne, la peur, la pression des pairs et la stigmatisation les empêchaient d'obtenir l'aide dont ils ont besoin[510]. Même si les programmes de lutte contre la stigmatisation ont eu peu de succès, certains de leurs aspects se sont avérés réussis et prometteurs, notamment :

- accroître l'éducation et la sensibilisation afin de dissiper chez les jeunes et les jeunes adultes les mythes les plus fréquents au sujet de la maladie mentale;
- s'opposer aux principaux comportements discriminatoires au moyen d'une plus grande diffusion de l'information;
- créer un contexte qui dérange les tabous et dissipe l'incompréhension au sujet de la maladie mentale[507].

De façon générale, mettre en contexte la maladie mentale, le trouble mental ou l'état de bien-être reste la façon la plus efficace de lutter contre la stigmatisation et la discrimination[507]. En 2009, la CSMC a lancé une stratégie décennale appelée Changer les mentalités pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Cette stratégie est la plus vaste initiative jamais entreprise au Canada pour réduire de façon systématique la stigmatisation liée à la maladie mentale, et la Commission entend d'ailleurs collaborer avec les collectivités, les intervenants et certains groupes à risque[509, 511]. Les évaluations de certains programmes menés dans le cadre de la stratégie se feront en 2011. Cependant, une évaluation préliminaire de Solidaires pour la vie, un projet entrepris à Montréal (Québec) dans le cadre du programme Changer les mentalités, a révélé que les présentations faites dans les écoles secondaires permettaient d'accroître les connaissances sur la dépression et de changer les attitudes à l'égard de la maladie et de la recherche d'aide[512]. D'autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, ont également créé des mesures contre la stigmatisation qui misent sur l'importance de faire évoluer les attitudes et les comportements concernant la maladie mentale et les troubles de santé mentale[513].

Stratégies globales de promotion de la santé mentale et du bien-être

Les politiques globales et intégrées, qui relèvent ou non du secteur de la santé, contribuent à améliorer de façon importante la santé mentale au sein des collectivités. Voilà pourquoi il est préférable d'adopter une approche intégrée et intersectorielle pour prévenir les maladies mentales et promouvoir la santé mentale. Les organisations et les administrations travaillent très fort à mettre en place un cadre de référence en matière de santé mentale. En 2005, la publication du livre vert de la Commission européenne sur la santé mentale a permis de faire avancer les choses. En effet, ce document a établi un cadre de travail et des lignes directrices dont les États membres pouvaient s'inspirer pour élaborer leurs plans d'action sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales[514]. Il s'en est suivi un autre document, intitulé *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Basé sur des faits démontrés, ce document détermine différentes mesures pouvant être mises de l'avant et recommande une approche intégrée et intersectorielle[515, 516]. Il comprend également des programmes et des stratégies qui s'intéressent aux comportements et à d'autres déterminants de la santé[516]. Les collectivités saines peuvent, elles aussi, contribuer à améliorer la santé mentale de leur population en offrant différents services et aménagements, comme des espaces verts et des réseaux de soutien qui favorisent l'intégration de tous les membres de la collectivité, peu importe leur âge et leurs capacités[516]. Même si leur efficacité est souvent difficile à mesurer, ces politiques et ces cadres de référence demeurent essentiels pour accroître la sensibilisation et acquérir les ressources nécessaires au maintien de programmes efficaces, puisqu'ils facilitent la coordination entre les secteurs et les administrations et assurent la mise en place d'approches à volets multiples[517].

En 2009, la CSMC a mis au point un cadre d'action intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* afin de préparer le terrain à une vaste stratégie destinée à répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé mentale[270]. Un des volets de cette stratégie porte sur les enfants et les jeunes et met l'accent sur les trajectoires de vie[270]. Un autre

volet, axé sur les Inuit, les Métis et les membres des Premières nations, veillera à promouvoir la santé mentale des peuples autochtones au Canada et à examiner les questions de santé mentale du point de vue des croyances culturelles, de la justice sociale, de l'éthique et de la diversité[226, 518]. Pour ce faire, la CSMC élaborera des codes d'éthique concernant la prestation de programmes de première ligne en santé mentale et la lutte contre les dépendances dans les collectivités autochtones[226, 518].

Par ailleurs, le cadre d'action de la CSMC prévoit la conception de programmes et de stratégies adaptables qui favorisent le bien-être des personnes, des familles et des collectivités. La participation de la collectivité et la mise en place d'un processus décisionnel sont nécessaires pour offrir un large éventail de services coordonnés ainsi que des programmes efficaces et adaptés à la culture[226]. Santé Canada a mis en œuvre le Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières nations et des Inuits afin de s'attaquer aux problèmes de santé mentale et de dépendance de ces groupes autochtones en leur fournissant des conseils stratégiques sur le bien-être mental[519]. Le plan d'action se divise en cinq objectifs prioritaires :

- créer, à l'intention des Inuit et des Premières nations, un éventail de services de mieux-être mental qui intègrent des approches traditionnelles, culturelles et courantes et dont la prestation serait assurée à l'échelle communautaire;
- transmettre et mettre en commun les connaissances traditionnelles, culturelles et courantes qui sont susceptibles de favoriser le bien-être mental;
- reconnaître que la collectivité constitue pour elle-même une ressource inestimable en admettant la diversité de ses connaissances et en améliorant sa capacité à veiller au mieux-être mental de ses membres;
- améliorer le recrutement et le maintien en poste d'une main-d'œuvre compétente et qualifiée apte à fournir aux Inuit et aux membres des Premières nations des services de mieux-être mental et d'autres services efficaces et respectueux de la culture;
- améliorer et resserrer la collaboration entre les services de santé mentale, les services de lutte contre les dépendances et les autres services pertinents de même qu'entre les programmes et les services offerts par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les Premières nations et les collectivités inuites[519].

Evergreen : un document-cadre sur la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada

Le document-cadre *Evergreen* se divise en quatre grandes orientations stratégiques : la promotion, la prévention, les interventions et les soins continus et, enfin, la recherche et l'évaluation[522]. Le volet promotion comprend la sensibilisation, la lutte contre la stigmatisation et la littératie en santé mentale. Les activités de promotion s'intéressent également à l'élaboration de profils d'intervenants et de réseaux qui se serviront du document-cadre comme outil de diffusion de l'information. Les activités de prévention s'appuieront sur une approche globale afin d'offrir des programmes d'éducation et de formation dans tous les milieux et à un large éventail d'intervenants, y compris aux parents et aux éducateurs[522]. Les programmes aborderont aussi bien la santé prénatale que la santé physique et mentale. Le volet intervention et soins continus, quant à lui, s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes :

- instaurer en milieu scolaire de nouveaux programmes reconnus, éprouvés et rentables à l'intention des populations à risque;
- s'assurer que les obstacles d'ordre législatif, réglementaire ou politique n'empêchent pas les jeunes d'obtenir les soins et l'aide dont ils ont besoin, compte tenu de leur âge et de leur culture;
- donner accès à des refuges, à des consultations sur le Web, à des services électroniques ainsi qu'à des services de soins d'urgence, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine;
- offrir des programmes intégrés axés sur les jeunes, les familles et les collectivités qui s'attaquent à la fois aux problèmes de santé physique et mentale et aux déterminants sociaux (par exemple, le logement et l'éducation)[522].

Des investissements dans la prestation efficace des programmes, y compris dans les ressources humaines en santé mentale, peuvent améliorer la capacité du Canada à cerner, diagnostiquer et traiter les troubles de santé mentale courants chez les enfants et les jeunes. Enfin, le volet recherche et évaluation vise à appuyer la recherche dans les domaines de la promotion, de la prévention et des interventions afin d'accroître le nombre de personnes qui reçoivent des services en santé mentale[522].

Le Groupe de travail Alianait a créé, à l'intention des Inuit une stratégie intitulé *Alianait Inuit Mental Wellnesss Action Plan* qui est une série de plans d'action axés sur les déterminants de la santé. En plus de faciliter la collaboration et l'échange de renseignements entre les principales organisations, ces plans d'action aident à formuler des recommandations pour les Inuit et fournissent des conseils stratégiques concernant l'élaboration et l'évaluation des programmes[519, 520]. Ils mettent également l'accent sur l'importance d'aborder la question de la santé et du bien-être des jeunes et de les inciter à participer à la vie communautaire. Leur intégration, leur participation et leur engagement sont essentiels pour assurer la planification à long terme des mesures de santé mentale[520].

En 2005, l'OMS a publié un document intitulé *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent* dans lequel elle s'intéresse à certains programmes qui traitent des problèmes de santé mentale propres aux enfants et aux jeunes[521]. En collaboration avec d'autres intervenants et partenaires, le Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la CSMC a présenté un document-cadre portant sur la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada. Intitulé *Evergreen*, ce document vise à aider les gouvernements, les établissements et les organisations à élaborer des politiques, des mesures et des services en santé mentale (voir l'encadré intitulé « *Evergreen* : un document-cadre sur la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada »)[522]. Ce cadre d'action de portée nationale devrait permettre aux provinces, aux territoires et aux organismes non gouvernementaux de créer de nouvelles stratégies, de revoir les stratégies existantes, d'accroître la sensibilisation du public et de diffuser de l'information sur la santé mentale[522]. Même s'il en est à ses débuts, le projet *Evergreen* est appelé à évoluer au fil des ans[522, 523]. Les investissements récents dans la santé mentale des enfants et des jeunes serviront à aborder la question de l'intimidation, la résilience, l'établissement de relations saines et l'abus de substances nocives[524].

En collaboration avec les provinces, les territoires et certains organismes communautaires, le gouvernement du Canada a annoncé, en juin 2011, qu'il investirait dans la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes. Par l'entremise de la Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada, plus de 27 millions de dollars seront investis dans des programmes communautaires d'éducation et de soutien aux familles[525]. Ces investissements serviront, en particulier, à résoudre les problèmes découlant d'une situation économique précaire, d'un faible niveau de scolarité, de mauvaises conditions de vie et de l'éloignement géographique (milieu rural ou région éloignée), autant de facteurs susceptibles de nuire à la santé mentale et au bien-être des enfants, des jeunes et des familles[526]. Plusieurs programmes se sont déjà penchés sur les facteurs abordés dans ce rapport, notamment les suivants :

- Le programme communautaire *Connecting the Dots*, qui sera offert au Yukon, en Colombie-Britannique et au Manitoba, permet de prévenir les problèmes de santé mentale et les problèmes de comportement grâce à la réduction des facteurs de risque et au renforcement des facteurs de protection à l'adolescence.
- Au Nunavut, le *Qaujigiartiit Health Resource Centre* effectue des travaux de recherche sur la santé mentale et le bien-être à partir de l'expérience des jeunes du Nord, en examinant tout particulièrement la vie dans les collectivités éloignées, l'accès aux services communautaires et aux soins de santé ainsi que la participation des parents. Le centre de ressources offre également aux jeunes des camps d'été axés sur le bien-être et le renforcement de l'autonomie.
- *Community Partnerships for Youth Health*, à Toronto (Ontario), travaille à la mise au point d'une trousse de promotion de la santé mentale en milieu scolaire destinée, en particulier, aux jeunes immigrants, aux jeunes réfugiés et aux membres d'une minorité ethnique.
- En Colombie-Britannique, en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario, le programme *Creating Responsive Communities to Promote Healthy Relationships in Young Children* incite les enfants et les adultes à réagir de façon efficace à l'intimidation en s'appuyant sur une approche globale qui vise la famille, l'école et la collectivité.
- *Handle with Care in At-Risk Communities* est un programme de formation offert au Yukon, au Manitoba, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard qui montre aux parents et aux fournisseurs de soins comment créer des milieux propices au développement et à l'épanouissement des enfants[526].

Les initiatives financées dans le cadre de la Stratégie d'innovation doivent générer des données fondées sur la pratique. L'information ainsi obtenue permettra d'acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine de la promotion de la santé mentale, qui pourront par la suite être communiquées, adaptées et appliquées à de nombreuses collectivités canadiennes.

Prévenir le suicide

Le suicide est un problème de santé publique grave mais évitable[527]. Il est la cause de près de la moitié des morts violentes et représente 1,4 % du fardeau mondial de la maladie[527]. Ce fardeau ne mesure qu'une partie des conséquences d'un suicide, chaque suicide ayant des répercussions affectives, sociales et économiques sur les amis, les familles et les collectivités. Le suicide est lourd de conséquences, et ses effets se font sentir dans les collectivités mais aussi dans l'ensemble de la population canadienne[528]. Comme il est indiqué au chapitre 3, certains segments de la population affichent des taux de suicide ou de pensées suicidaires plus élevés que d'autres[58, 249, 254, 271-275, 277, 529]. Pour cette raison, les interventions présentées dans ce rapport portent principalement sur les populations à risque. Toutefois, les principes à la base de ces interventions s'appliquent également aux programmes destinés aux jeunes et aux jeunes adultes.

Le fait que le suicide ne soit pas considéré comme un problème important de santé publique, que l'on continue de croire que l'isolement est le meilleur moyen de le prévenir et que l'on présume qu'il s'agit d'un problème propre à certaines populations nuit à l'efficacité des programmes de prévention. De plus, le suicide reste un sujet tabou[530]. Globalement, certaines interventions ont toutefois donné de bons résultats. Par exemple, les stratégies qui limitent l'accès aux armes à feu, aux substances toxiques ou à tout autre outil couramment utilisé dans les tentatives de suicide ont permis de réduire le taux de suicide[530, 531]. Toutefois, ces stratégies ne s'attaquent pas aux causes fondamentales qui poussent les jeunes et les jeunes adultes à vouloir s'enlever la vie[531]. Les médias contribuent également au problème, car, en rapportant avec sensationnalisme les comportements suicidaires ou les gestes autodestructeurs, ils peuvent inciter ou encourager les jeunes à les reproduire[528, 531].

L'OMS a d'ailleurs formulé des lignes directrices sur la couverture médiatique des cas de suicide[528]. Il semble, par ailleurs, que certaines interventions fassent la promotion du suicide par le simple fait qu'elles fournissent de l'information sur le sujet. Toutefois, des recherches révèlent que le fait d'ouvrir le dialogue et de décrire cette réalité avec sensibilité peut conduire à une réduction des taux de suicide[531]. Certaines administrations et organisations ont élaboré des politiques pour gérer l'information et les messages qui peuvent encourager les comportements suicidaires[532]. Par exemple, l'Association canadienne pour la santé mentale a conçu, à l'intention des médias, des lignes directrices indiquant comment transmettre l'information de façon sécuritaire et sensible de manière à réduire les risques, notamment en citant des sources fiables, en décrivant les conséquences de l'incident, en créant un équilibre par la présentation d'éléments positifs (comme le récit de personnes ayant survécu à une crise), en précisant les signes avant-coureurs et en indiquant les sources d'aide possibles[533].

Bon nombre des personnes qui ont tenté de se suicider ou ont eu des pensées suicidaires ont indiqué avoir déjà eu un problème de santé mentale ou avoir déjà ressenti une profonde détresse[534]. Les interventions qui visent à prévenir le suicide et à en traiter les causes profondes ont permis de réduire le taux de suicide et de pensées suicidaires[530]. Toutefois, ce genre d'intervention ne suffira pas à régler le problème chez les jeunes et les jeunes

adultes. En effet, les transitions sont, bien souvent, des périodes de grande vulnérabilité. C'est pourquoi les jeunes ont besoin de recevoir le soutien et l'attention de leurs pairs, de leur famille et de leur collectivité et de participer à des rituels familiaux ou communautaires, à des activités ou à des expériences structurées[10, 123]. Les collectivités qui ont accès à des ressources matérielles, psychologiques, intellectuelles et spirituelles sont habituellement les mieux placées pour aider les jeunes et les jeunes adultes en période de transition. Les résultats sont toutefois moins encourageants chez ceux qui reçoivent peu de soutien de leur famille ou de leur communauté, qui vivent dans des quartiers défavorisés présentant des taux élevés de violence, de suicide et de consommation et d'abus de substances nocives et qui, de ce fait, sont moins susceptibles de pouvoir compter sur des facteurs de protection et d'avoir accès à des mesures de prévention[10, 123].

Pour prévenir le suicide dans les populations autochtones à risque, il faudrait mettre en place une stratégie à volets multiples dans le but de combattre les préjugés et d'accroître la sensibilisation chez les jeunes autochtones. Il faudrait, pour cela, s'attaquer à l'ensemble des facteurs communautaires et aux causes sous-jacentes, notamment les influences issues de l'histoire et de la colonisation des peuples autochtones. Sensibiliser, c'est informer les gens pour qu'ils cessent de croire que toutes les collectivités autochtones sont en mauvaise santé. En effet, les statistiques sur le suicide donnent à penser que l'ensemble des collectivités autochtones sont aux prises avec de graves problèmes de santé et de bien-être. Toutefois, les données montrent que le suicide chez les jeunes ne touche pas toutes les collectivités autochtones[58, 272]. Comme c'est le cas dans les collectivités canadiennes, les jeunes et les jeunes adultes qui ont coupé les liens avec leur famille ou leur communauté et qui, en outre, n'ont pas accès aux services courent de plus grands risques[10]. Grâce à une étude américaine sur le bon fonctionnement, qui a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de jeunes autochtones, on a pu établir un indice de succès en se basant sur une série d'indicateurs, comme la bonne santé mentale, l'absence de toxicomanie et de criminalité, de rares écarts de conduite, des résultats scolaires satisfaisants, un bon fonctionnement psychosocial, des émotions positives et des comportements constructifs. L'étude a démontré que la satisfaction des familles était directement liée au bon fonctionnement. Au contraire, le fait de vivre dans une famille ou un quartier dysfonctionnel et de subir des mauvais traitements nuisait au bon fonctionnement[535].

Chez certaines populations autochtones, le taux élevé de suicide est attribuable à des facteurs communautaires, comme l'exclusion sociale et la rupture du lien avec les traditions et la culture. Ces facteurs sont souvent profondément enracinés dans la collectivité et peuvent se répercuter sur plusieurs générations[58, 272, 536]. Par exemple, les jeunes dont l'un des deux parents a fréquenté les pensionnats – qui, on le sait, ont eu un effet dévastateur sur le bien-être, la santé mentale et le type d'approche parentale – sont plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que ceux dont les parents n'ont pas fréquenté ce type d'établissement[537]. S'attaquer aux effets intergénérationnels des pensionnats nécessite des approches variées faisant appel à des méthodes de guérison traditionnelles, occidentales et parallèles[538]. Des programmes de guérison, tels que le Programme de soutien en santé, permettent aux anciens élèves des pensionnats et aux membres de leur famille victimes d'un traumatisme intergénérationnel de recevoir des services en santé mentale ainsi qu'un soutien émotionnel et culturel (dialogues, prières et guérison traditionnelle)[539]. Les collectivités qui affichent les taux de suicide les plus bas sont celles qui ont préservé leurs valeurs culturelles, qui disposent d'un certain niveau d'autonomie gouvernementale, qui ont réglé leurs revendications territoriales et qui assurent la gestion de leurs services culturels et de leurs services d'éducation, de santé et de maintien de l'ordre. Ces collectivités ont, en effet, indiqué que ces mesures avaient une incidence positive sur l'état de santé et de bien-être de leur population[58, 272, 536].

Les politiques infructueuses et les pratiques interventionnistes qui se sont succédé par le passé ainsi que la volonté de ne pas reproduire les mêmes erreurs font en sorte qu'il est particulièrement difficile de mettre en œuvre de nouvelles politiques[123]. Les pratiques prometteuses viennent des collectivités qui se développent bien et qui s'inspirent de leurs succès passés. Plusieurs collectivités s'efforcent d'offrir des possibilités aux jeunes et aux jeunes adultes. Par exemple, certaines collectivités inuites qui affichent un lourd passé de suicide chez les jeunes et les jeunes adultes travaillent

désormais avec le gouvernement du Nunavut et des organismes non gouvernementaux afin d'accroître la résilience, d'établir des facteurs de protection et de renseigner les jeunes à risque sur les services mis à leur disposition (voir l'encadré intitulé « Des programmes communautaires de prévention du suicide »).

Prévention du suicide et médias sociaux

Les médias se sont beaucoup intéressés aux liens entre l'intimidation et le suicide et aux déclarations des personnes signalant que l'intimidation avait joué un rôle dans leur décision de mettre fin à leurs jours. Parmi les sous-populations marginalisées, les jeunes et les jeunes adultes LGBTQ affichent des taux de tentatives de suicide et de pensées suicidaires plus élevés que le reste de la population[544, 545]. S'attaquer à cette question n'a pas donné les résultats espérés. Cependant, les jeunes et les jeunes adultes utilisent beaucoup les nouvelles technologies, les médias sociaux et autres ressources en ligne. Des recherches préliminaires dans ce domaine démontrent que le réseau Internet et les médias sociaux peuvent jouer un rôle dans la lutte contre le suicide (voir l'encadré intitulé « Prévenir le suicide chez les LGBTQ grâce aux médias sociaux : le projet *It Gets Better* »)[274, 545]. Toutefois, de nombreux facteurs compromettent l'efficacité de ces programmes, comme l'environnement évolutif, le manque d'évaluation globale et les questions éthiques liées au fait d'aborder en ligne ce type de problème. Il faut également porter une attention particulière aux conséquences négatives des médias sociaux, en particulier s'ils sont utilisés pour aggraver les problèmes d'isolement et d'intimidation (voir la section intitulée « Lutter contre l'intimidation et les agressions »). C'est pourquoi il serait important de

Des programmes communautaires de prévention du suicide

Le *Isaksimagit Inuusirmi Katujjiqatigiit (Embrace Life Council)* a mis sur pied et financé des activités communautaires et a fait du 10 septembre la journée *Celebrate Life*. Cette activité, menée en partenariat avec les collectivités et les gouvernements, vise à présenter une information coordonnée adaptée à la culture, à encourager la formation sur la prévention du suicide et à accroître la sensibilisation[540]. En collaboration avec les responsables d'autres initiatives connexes, la collectivité de Tuktoyaktuk (dans les Territoires du Nord-Ouest) participe à la campagne internationale du ruban jaune, qui encourage les jeunes en situation de détresse à choisir un adulte de confiance, identifié par une carte jaune, et à demeurer à ses côtés jusqu'à ce que leur situation se rétablisse[540]. Une évaluation de la campagne du ruban jaune, en Alberta, a révélé chez les participants un changement d'attitude à l'égard des services d'aide. On a en effet constaté une augmentation de près de 6 % du nombre de participants qui ont indiqué que, à l'avenir, ils iraient chercher de l'aide[541]. L'évaluation a également révélé une plus forte propension à recourir en priorité à l'aide professionnelle en cas de besoin[541].

Par ailleurs, des programmes communautaires comme *Artcirq* (cirque de l'Arctique) donnent aux jeunes inuits d'Igloolik (Nunavut) la possibilité de s'exprimer par les arts et de communiquer avec leurs aînés. Ils intègrent des pratiques traditionnelles et privilégient l'expression du corps et de l'esprit tout en rehaussant l'estime de soi des participants. Mené conjointement avec Isuma Productions et le Cirque Éloize (fondé initialement pour assurer le développement des jeunes défavorisés grâce aux arts du cirque et de la scène), Artcirq permet aux jeunes d'Igloolik d'interagir, d'acquérir de nouvelles compétences et de s'exprimer. Au moyen de productions multimédias, Artcirq sensibilise également les collectivités du Nord (comme Igloolik) à la question du suicide. Misant sur le succès du film *Atanarjuat, la légende de l'homme rapide*, un autre film est en cours de tournage et portera, cette fois, sur un groupe de huit jeunes qui désirent prévenir le suicide dans leur petite collectivité[542, 543]. Bien que la réduction du nombre de suicides ne puisse être directement attribuée à un tel programme, depuis sa création, il y a 12 ans, Artcirq a permis à de nombreux jeunes de s'exprimer et de faire le pont entre les pratiques et les expériences des artistes du Nord et ceux du Sud[542, 543].

Prévenir le suicide chez les LGBTQ grâce aux médias sociaux : le projet It Gets Better

Le projet *It Gets Better* est un nouveau joueur dans le monde de la prévention de l'intimidation. Ce projet vise à encourager la communication et le réseautage entre les jeunes et les jeunes adultes LGBTQ qui redoutent l'avenir[546]. Il présente, sous forme de vidéos et de récits, le vécu d'adultes d'horizons culturels différents. Les vidéos et les blogues montrent aux jeunes en détresse que l'avenir n'est pas aussi sombre qu'ils le croient et qu'il existe des ressources pour les aider[546].

Parallèlement, *The Trevor Project*, à l'origine un téléfilm portant sur les difficultés d'un jeune gai qui tente de se suicider, a évolué pour devenir la première ligne de prévention du suicide chez les jeunes LGBTQ aux États-Unis[547]. Ce projet permet de donner, 24 heures sur 24, des conseils et des services de soutien en direct et de mettre des ressources à la disposition des éducateurs et des parents[546, 547].

pousser la recherche afin de mieux comprendre comment se créent les communautés virtuelles, d'évaluer le degré de soutien offert et de mesurer l'efficacité des des prorammes qui y ont recours.

Stratégies globales de prévention du suicide

Certaines administrations ont conçu des stratégies de prévention du suicide qui comprennent un large éventail d'initiatives, certaines de portée générale, d'autres plus ciblées. C'est le cas de l'Australie, de la Finlande, de la Suède et des États-Unis. Selon le gouvernement australien, la réduction du taux de suicide au cours des dix dernières années est en partie attribuable à sa stratégie de prévention[548]. En effet, l'Australie a mis en œuvre un cadre de travail, le *LIFE* (*Living is for Everyone*), qui part du principe que tous les Australiens ont un rôle à jouer dans la prévention du suicide; que, pour réduire le taux de suicide, il faut intervenir dans huit grands secteurs (les interventions publiques, les interventions sélectives, les interventions indiquées, la reconnaissance des symptômes, l'accès à un traitement précoce et à un soutien approprié, les traitements standards, le soutien à long terme et le soutien continu); et qu'il existe des services de soutien pour les individus, avant et après le traitement, ainsi que pour la collectivité[548].

Certaines provinces et certains territoires, comme le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique, ont aussi adopté une stratégie globale de prévention du suicide. Le Nouveau-Brunswick a d'ailleurs été la première province canadienne à élaborer une telle stratégie, qui lui permet de cerner et de cibler efficacement les personnes à risque au sein de sa population[549]. Son programme mise sur les ressources communautaires actuelles et sur la contribution de partenaires locaux afin de répondre le mieux possible aux besoins de la collectivité[549, 550]. Le Programme de prévention du suicide du Nouveau-Brunswick repose sur trois principes directeurs.

- Action communautaire : La prévention est une responsabilité partagée. Les collectivités, les familles et les amis jouent donc un rôle crucial de soutien et de sensibilisation. Les collectivités aident à cerner les besoins locaux, participent à l'affectation des ressources et sollicitent la collaboration de la population. Essentiellement, une collectivité engagée représente le fondement d'une prévention efficace du suicide.
- Formation continue : L'éducation augmente l'efficacité des mesures de prévention. Par exemple, la formation appliquée en prévention du suicide, qui est offerte par l'entremise de *LivingWorks Education*, vise à améliorer la capacité des fournisseurs de soins (officiels ou non officiels) d'aider les personnes à risque[551]. Depuis près de 25 ans, cette formation a été donnée à plus de un million de fournisseurs de soins dans plus d'une dizaine de pays. Elle a également fait l'objet de plus de 15 évaluations indépendantes qui, en se fondant sur le nombre de personnes formées et le nombre d'intervenants mettant en pratique les aptitudes acquises, ont confirmé son efficacité à parfaire les connaissances et les compétences des travailleurs communautaires[552].
- Collaboration entre les organismes : Des équipes interdisciplinaires offrent toute une gamme de services, allant des soins cliniques aux services sociaux[550].

Le Canada peut intégrer la prévention du suicide à une vaste stratégie de bien-être qui serait axée sur la prévention des maladies mentales, ferait la promotion de la santé mentale et aborderait un vaste éventail

de déterminants de la santé. Une approche exhaustive et globale permettrait aux collectivités de fournir des ressources et du soutien dans les domaines où les principaux déterminants sociaux de la santé (comme le logement) peuvent avoir une incidence directe sur la santé mentale.

Les approches doivent tenir compte des réalités culturelles, comme les connaissances et les pratiques traditionnelles des Inuit, des Métis et des Premières nations. Par exemple, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones vise à accroître la résilience, à promouvoir les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque chez les jeunes autochtones. Cette stratégie examine les répercussions que le suicide entraîne sur les collectivités, y compris sur les autres jeunes, ainsi que les principaux facteurs socioéconomiques qui influent sur le suicide dans certaines collectivités[553]. Le Réseau du respect de la vie, un projet de l'Organisation nationale de la santé autochtone, fait partie des initiatives mises en œuvre dans le cadre de cette stratégie. Par l'entremise de son site Web, il met à la disposition des intervenants et des jeunes autochtones une foule de ressources et d'information sur la prévention du suicide qui sont adaptées à la culture. Les intervenants peuvent aussi discuter en ligne et échanger des ressources et des stratégies de prévention du suicide. Le soutien social et médical, offert en ligne grâce à des échanges pertinents sur le plan culturel entre les jeunes, les pairs et les spécialistes de la santé, s'est également révélé prometteur, en particulier dans les régions rurales ou éloignées[554-556]. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour bien comprendre les effets de l'utilisation des réseaux virtuels et les défis qui en résultent.

Prévenir les blessures accidentelles

Les blessures et les décès attribuables aux blessures sont généralement évitables. En effet, l'expérience montre que, pour être efficaces, les mesures de prévention des blessures doivent tenir compte de trois grands facteurs : l'ingénierie (normes de conception des produits de consommation et du milieu bâti), l'application des lois, des règlements et des politiques ainsi que l'éducation (stratégies favorisant la sensibilisation et les changements de comportement)[557]. Ces trois facteurs s'intègrent d'ailleurs à l'ensemble des interventions décrites dans le présent rapport :

- la prévention des blessures en milieu de travail;
- la conduite prudente;
- les stratégies globales de prévention des blessures.

Prévention des blessures en milieu de travail

Les jeunes adultes sont les plus touchés par les questions de santé et de sécurité au travail[314]. En effet, de tous les accidents de travail, le quart survient chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, et la majorité touche les jeunes hommes[279]. Les jeunes victimes d'un accident de travail occupent, le plus souvent, un emploi dans les domaines de la production manufacturière, de la construction et du commerce de détail[279]. Puisque, dans la vie courante, la plupart des blessures sont évitables, la sécurité en milieu de travail ne doit pas faire exception à la règle.

La prévention des blessures au travail profite à tous les Canadiens, puisque les blessures peuvent avoir une incidence sur la qualité de vie des citoyens ainsi que sur leur capacité à subvenir à leurs besoins. Elles réduisent le niveau de productivité général et augmentent les coûts associés aux pertes d'emploi, de temps et de productivité[314]. Même si de nombreuses mesures de prévention sont déjà en place, il est possible de les améliorer et d'encourager des pratiques plus sécuritaires[314]. L'éducation, la sensibilisation et l'adoption de lois et de règlements sont essentielles pour réduire le nombre d'accidents de travail et les conséquences qui en résultent. C'est pourquoi le Canada continue de veiller au bien-être des jeunes travailleurs et de promouvoir la santé en milieu de travail grâce à des recherches et des études, comme celles réalisées par l'*Institute for Work and Health* de l'Université de Toronto (Ontario). Cet organisme a comme champ d'intérêt la prévention des maladies et des accidents professionnels et examine, pour ce faire, la santé des travailleurs, les politiques de prévention et les programmes en milieu de travail[558].

La sensibilisation à la sécurité au travail est l'une des stratégies les plus courantes pour prévenir les blessures et promouvoir la santé. On a par ailleurs constaté que les interventions menées en bas âge sont particulièrement efficaces. En effet, les programmes mis en œuvre dans les écoles permettent d'instaurer une culture de la sécurité chez les enfants et les jeunes avant leur entrée sur le marché du travail[314]. Par exemple, la Colombie-Britannique a ajouté un volet santé et

sécurité au travail à son programme d'enseignement; ainsi, le cours *Planning 10* est dorénavant offert aux jeunes qui se préparent à un emploi d'été ou à un emploi permanent. *WorkSafeBC* a également conçu, pour les écoles, une trousse comprenant des plans de leçons destinés à renforcer les apprentissages de *Planning 10*. Cette trousse couvre un éventail de sujets, y compris les droits et les responsabilités, les causes de blessures, la reconnaissance des dangers, l'équipement protecteur, les pratiques liées à la santé au travail et la violence en milieu de travail[559].

Les programmes de sensibilisation aux droits et aux responsabilités en matière de sécurité au travail ont également porté leurs fruits. Certains organismes offrent des renseignements et des programmes de formation en matière de santé et de sécurité au travail. Des recherches révèlent qu'il est plus facile de sensibiliser les jeunes travailleurs que leurs homologues plus âgés, puisque les jeunes ont davantage tendance à intérioriser le message et à suivre les conseils[559]. Cependant, si les jeunes travailleurs ont plus de facilité à retenir l'information, il peut être difficile pour eux de l'utiliser concrètement, car, bien souvent, ils ne connaissent pas leurs droits et n'osent pas non plus signaler les problèmes de sécurité à leurs supérieurs ou à un organisme de protection des travailleurs[560]. Par ailleurs, l'information sur la santé et la sécurité au travail devrait être adaptée à différentes réalités culturelles et traduite dans plusieurs langues afin de s'assurer qu'elle est bien comprise par certains groupes de population, comme les nouveaux immigrants, et qu'elle est accessible à ceux qui sont peu familiarisés avec les droits des travailleurs[561].

De vastes campagnes de sensibilisation ont permis de modifier la perception du grand public au sujet de la santé et de la sécurité au travail, notamment grâce à des messages publicitaires présentés à la télévision, dans les journaux et dans les magazines. De nombreux Canadiens ont, en effet, été exposés à ces publicités qui rappellent l'importance de la sécurité au travail[562, 563]. Dans le cadre de ses campagnes de marketing, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario (CSPAAT) utilise des images très explicites pour faire passer un message bien simple : « Les accidents, ça n'existe pas. » Bien connues des Ontariens depuis 1999 (et vues ailleurs au Canada et à l'étranger), ces annonces publicitaires montrent comment des interventions clés auraient pu changer les choses[564, 565]. Dans ses publicités imprimées, la Commission fait également appel à l'humour pour illustrer des scènes typiques du milieu de travail où les gens prennent des précautions exagérées[398]. Les messages visent à marquer suffisamment les gens pour les pousser à agir[314]. Des études révèlent en effet que l'exposition à des campagnes soutenues de marketing entraîne des changements dans les comportements[562, 563]. Cependant, même si ces publicités attirent l'attention des gens et restent ancrées dans leur esprit, leur contribution directe à la prévention est difficile à mesurer, et le message que l'on fait passer est peut-être plus fort que le changement de comportement qu'il entraîne sur le plan de la prévention[314].

Il est également difficile de mesurer l'efficacité des modifications apportées aux lois et aux exigences relatives à l'indemnisation. La Saskatchewan a été la première province à adopter une loi appelée *Occupational Health Act*, qui tient compte des droits des travailleurs (en plus des questions de sécurité prévues par l'ancienne loi)[64]. Peu de temps après, le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail a vu le jour. Son mandat consiste à promouvoir la santé et la sécurité dans tous les milieux de travail au Canada[64]. De nombreuses lois veillent à assurer la santé et la sécurité des travailleurs, que ce soit dans les secteurs de compétence provinciale et territoriale ou dans les secteurs qui relèvent du gouvernement fédéral, comme les mines et les transports (en vertu du *Code canadien du travail*). Le Programme de santé au travail et de sécurité du public de Santé Canada vise à élaborer des politiques en matière de santé au travail, à encourager les pratiques exemplaires dans le domaine et à coordonner, à l'échelle nationale, la gestion des matières dangereuses utilisées en milieu de travail. Toutes ces politiques ont, en partie, contribué à la diminution du nombre d'accidents de travail au fil des ans[64]. Bien que les lois adoptées par les différents ordres de gouvernement protègent les travailleurs, il incombe à ces derniers de connaître leurs droits, leurs responsabilités ainsi que les mesures à prendre pour éviter les accidents. Au Canada, les employeurs sont tenus de protéger leurs employés en leur offrant de la formation, de la supervision et de l'information appropriée. Certaines provinces, comme

la Colombie-Britannique, ont pris des dispositions pour s'assurer que tous les nouveaux employés, en particulier les jeunes travailleurs inexpérimentés, reçoivent une formation et des consignes claires pour assurer un milieu de travail sécuritaire. Malgré tout, les résultats tardent à se faire sentir[314]. Des recherches ont révélé que, selon le type de direction et la culture d'entreprise qui règnent dans leur milieu de travail, les jeunes travailleurs sont plus ou moins portés à exprimer leurs préoccupations liées à la sécurité[566].

Conduite prudente

La conduite automobile comporte de nombreux dangers pour les jeunes et les jeunes adultes. Le chapitre 3 indique, en effet, que les taux de blessures et de décès sont particulièrement élevés parmi ces deux groupes d'âge[100, 101]. L'inexpérience y est sans doute pour quelque chose. Les programmes d'apprenti conducteur ont toutefois contribué à augmenter la sécurité des nouveaux conducteurs en les protégeant contre des risques bien connus, comme la conduite nocturne, la présence de nombreux passagers et l'alcool au volant[567, 568]. Des recherches indiquent, en outre, que les collisions sont plus fréquentes dans les premières semaines suivant l'obtention du permis de conduire et que cette période d'imprudence est tout de même vite passée[567]. Pour contribuer à réduire le nombre de blessures, les compagnies d'assurances offrent également des rabais aux personnes qui suivent des cours de conduite[569]. Bien que les excès de vitesse constituent aussi un problème fréquent chez les jeunes conducteurs au Canada, la présente section s'attardera principalement sur les distractions et l'alcool au volant.

Même si, au fil des ans, l'alcool au volant est de moins en moins fréquent, la conduite avec les facultés affaiblies (conséquence de la consommation d'alcool et de drogues) demeure un problème important chez les jeunes conducteurs au Canada. La réglementation, l'application de la loi, le marketing social et les mesures fiscales ont toutefois suscité un changement dans les comportements[366]. De fait, les vastes programmes de sensibilisation ont porté leurs fruits, et le nombre de jeunes et de jeunes adultes qui conduisent sous l'influence de l'alcool a diminué avec le temps (voir l'encadré intitulé « Accroitre la sensibilisation à l'alcool au volant»)[570]. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour s'assurer que les messages continuent de toucher les jeunes et les jeunes adultes canadiens à risque. Il y aurait lieu d'élargir la portée des messages à la conduite de tous les véhicules motorisés, notamment les bateaux, les véhicules tout-terrain et les motoneiges, qui représentent une importante source de préoccupation dans les collectivités rurales et éloignées.

Des programmes de prévention ciblés ont également contribué à prévenir et à réduire les cas de récidive. Dans le cadre du programme *Alcohol Ignition Interlocks* (AII), mis sur pied en Alberta, des appareils de mesure du taux d'alcoolémie sont installés dans les véhicules afin d'empêcher le conducteur de démarrer sa voiture s'il dépasse la limite établie[575, 576]. Pour éviter qu'une personne ne contourne le système, l'appareil est doté de sondes de température et de pression (pour identifier le conducteur), d'un dispositif qui fait repasser le test pendant le trajet et d'un enregistreur qui garde en mémoire toutes les manœuvres du conducteur[576]. Des évaluations ont démontré que, combinés aux lois prévoyant la suspension du permis de conduire, ces appareils se sont avérés efficaces contre les récidivistes en dressant des obstacles à la conduite avec les facultés affaiblies. Toutefois, il est encore trop tôt pour savoir si l'utilisation à court terme de tels appareils peut avoir une incidence à long terme sur les responsabilités individuelles concernant l'alcool au volant[577].

Les distractions au volant, principalement celles liées à l'utilisation d'appareils portatifs pour parler, envoyer des messages textes ou s'adonner à d'autres activités, posent de plus en plus de problèmes, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes canadiens[100]. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que certaines municipalités ont d'ailleurs interdit l'utilisation des téléphones cellulaires au volant[102, 578]. Bien que l'adoption de telles lois révèle clairement les risques associés à ce genre de comportement, certaines personnes continuent de croire que l'utilisation des appareils mains libres est sécuritaire. Des rapports publiés au Québec indiquent que l'usage d'un téléphone cellulaire, qu'il soit ou non de type mains libres, nuit à la conduite et augmente le risque de collision. Le danger ne vient pas uniquement de la manipulation et de la gestion de l'appareil : le simple fait de tenir une conversation au téléphone représente un risque en soi[579, 580].

L'*American Automobile Association Foundation for Traffic Safety* a constaté que les téléphones cellulaires, plus que tout autre appareil, présentent un risque élevé, en particulier dans le cas de conversations stressantes, troublantes ou captivantes[581]. Mais il existe bien d'autres sources de distractions au volant, par exemple, discuter avec un autre passager, manger ou se maquiller[582, 583]. Les systèmes de positionnement global (GPS) et les lecteurs DVD, que l'on trouve dans un nombre croissant de véhicules au Canada, peuvent aussi causer des distractions.

Accroître la sensibilisation à l'alcool au volant

MADD Canada (Les mères contre l'alcool au volant)

Les mères contre l'alcool au volant (MADD) est un organisme communautaire de défense des droits qui est largement reconnu pour ses succès dans la réduction du nombre de blessures et de décès associés à l'alcool au volant. L'idée derrière la création de cet organisme, qui a vu le jour aux États-Unis, a vite fait le tour du monde, puisqu'elle attire l'attention sur les victimes des conducteurs en état d'ébriété[570]. MADD Canada dirige un programme scolaire et mène des campagnes nationales de sensibilisation en diffusant, par exemple, des messages à la radio et à la télévision. En général, les Canadiens n'oublient pas ces messages et associent le ruban rouge sur les antennes de voiture à cette fameuse campagne[571]. Le programme scolaire de MADD Canada vise, quant à lui, à réduire les risques par la sensibilisation, notamment grâce à des rencontres d'information dynamiques et adaptées à la réalité des jeunes (sur le plan du langage et de la culture). Depuis 1994, le programme sensibilise chaque année plus de un million d'élèves de la 7e à la 12e année aux risques associés à la consommation d'alcool et de drogues[572].

arrive alive DRIVE SOBER (Arrivez sain et sauf – la sobriété au volant), Canadian Youth Against Impaired Driving et Étudiants de l'Ontario contre l'alcool au volant

Le programme *arrive alive DRIVE SOBER* utilise, depuis plus de 23 ans, des techniques de marketing, des messages d'intérêt public et même les réseaux sociaux pour faire de la prévention et ainsi sensibiliser les gens aux blessures et aux décès que peut entraîner la conduite avec les facultés affaiblies[97]. Les responsables du programme travaillent aussi avec des groupes nationaux et provinciaux à la mise sur pied de campagnes et d'activités de sensibilisation et ont, entre autres, apporté leur contribution à des publicités d'intérêt public, telles que jeCONDUIS Sur la route et changetheconversation.ca. Depuis quelque temps, le programme offre également une application mobile intitulée *Choose Your Ride*, qui suggère, par exemple, de prendre un taxi, d'appeler un ami ou d'utiliser le transport en commun au lieu de conduire en état d'ébriété[573].

Depuis des décennies, les programmes *Canadian Youth Against Impaired Driving* et Étudiants de l'Ontario contre l'alcool au volant réussissent à sensibiliser les jeunes au moyen de conférences annuelles, d'ateliers régionaux et de programmes d'encadrement par les pairs qui mettent l'accent sur la normalisation sociale. En plus de permettre aux jeunes d'accéder à des programmes et d'acquérir des connaissances à partager, ces programmes les incitent à devenir des leaders dans leur école et dans leur collectivité[574].

Il faudrait donc mener de plus amples recherches sur les collisions associées à l'utilisation des appareils portatifs et autres appareils électroniques, notamment dans le but de déterminer qui utilise ces appareils et à quelles fins. Les recherches devraient permettre de recueillir des renseignements sur les différentes sources de distraction, sur l'heure à laquelle la collision s'est produite, sur la vitesse du véhicule au moment de l'incident ainsi que sur les conditions extérieures afin d'obtenir un portrait détaillé de la situation.

Stratégies globales de prévention des blessures

De nombreuses mesures globales ont été mises en place dans le but de prévenir les blessures, par exemple, les normes et les règlements sur la protection des consommateurs et sur l'environnement, les vastes campagnes de publicité, de marketing social et de sensibilisation, les trousses d'information à l'intention des organismes et des collectivités, la collecte de nouvelles données de recherche (y compris les indicateurs et les mécanismes de surveillance nationaux) et la mise en pratique des connaissances acquises[584]. Certaines de ces mesures, en particulier celles liées à la circulation routière et aux automobiles, ont contribué à réduire le nombre de blessures au Canada[585]. Ainsi, les Canadiens sont aujourd'hui mieux protégés contre les blessures et les décès prématurés grâce à des lois provinciales et territoriales qui réglementent le port d'équipement protecteur (comme les casques et les vêtements de flottaison), mais aussi grâce au resserrement des normes de sécurité concernant l'équipement et l'usage qui en est fait. Les associations sportives ont également contribué à cette diminution en imposant des exigences, telles que le port obligatoire du casque dans les ligues de hockey amateur. Malgré tout, les jeunes et les jeunes adultes au Canada continuent de subir des blessures et ils sont nombreux à ne pas utiliser d'équipement de sécurité dans les sports et dans les loisirs (voir le chapitre 3).

Bien que les blessures liées aux sports et aux activités récréatives soient évitables, il faut s'assurer que les stratégies de prévention ne découragent pas la pratique d'une activité physique et favorisent plutôt la prise de risques calculés. En fait, les mesures de prévention doivent combiner plaisir et sécurité. À ce titre, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et la *Déclaration sur la prévention et la promotion* montrent l'importance que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux accordent à la prévention des blessures[142]. En 2011, le gouvernement du Canada a investi cinq millions de dollars sur deux ans dans une stratégie intitulée Initiative pour s'attaquer aux risques de traumatisme crânien dans les sports chez les enfants et les jeunes. Cette stratégie a pour but d'encourager les activités communautaires qui incitent les sportifs amateurs à faire des choix sécuritaires[143]. Elle se penchera tout particulièrement sur les accidents qui entraînent des commotions, des noyades et des fractures et s'inspirera des mesures et des pratiques qui ont été mises en œuvre dans les collectivités pour joindre les enfants et les jeunes là où ils vivent et s'amusent. Par ailleurs, le gouvernement du Canada unira ses efforts à ceux d'organismes non gouvernementaux afin de promouvoir la prudence et de prévenir les blessures en mettant l'accent sur la compréhension des risques dans les sports et les loisirs, notamment dans les activités les plus pratiquées, comme le hockey, les sports d'hiver, le vélo, la natation et les sports nautiques[143].

Plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont mis en place des stratégies de prévention des blessures qui ont permis de réduire, dans une certaine mesure, le taux de blessures[584, 586]. L'exemple de la Suède est éloquent. Alors que ce pays affichait, en 1950, un des taux les plus élevés de blessures accidentelles chez les enfants et les jeunes dans le monde, il fait aujourd'hui partie des pays qui présentent l'un des taux les plus bas[586-588]. S'appuyant sur les recommandations de l'OMS, la stratégie de prévention des blessures adoptée par la Suède part du principe que la solution aux problèmes de santé publique exige la participation de tous[586-589]. Par conséquent, la Suède fait de la sécurité une priorité dans ses politiques, ses infrastructures et ses campagnes de sensibilisation. Des évaluations ont attribué le succès de la Suède à différents facteurs, y compris les suivants :

- un engagement à recueillir des données épidémiologiques et à investir dans ce domaine;
- un système rigoureux de surveillance nationale des blessures qui rend compte des interventions et de leurs évaluations;
- des lois et des politiques axées sur la sécurité des milieux;

- des campagnes de sensibilisation du public et de vastes programmes de gestion des risques qui reconnaissent le caractère évitable de la plupart des blessures;
- des valeurs sociales axées sur la prévention;
- une participation accrue des différents secteurs et un sentiment de responsabilité collective[586-590].

Une approche multisectorielle coordonnée, un encadrement rigoureux, une surveillance continue, un solide travail de recherche et d'évaluation, de vastes campagnes de sensibilisation et l'appui du public, voilà autant de facteurs qui ont permis à la Suède de réduire son taux de blessures, en particulier chez les enfants et les jeunes[586-590].

Il existe, bien sûr, d'autres mesures de prévention des blessures. Grâce au Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), au Registre national des traumatismes, à l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) et à la Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes (BCDCML), le Canada a mis en place des pratiques de surveillance qui lui permettent de mieux recenser et de mieux comprendre les causes des blessures[591-594]. Bien qu'il existe des lois et des règlements (notamment des exigences de sécurité et des normes d'utilisation de l'équipement protecteur), une meilleure coordination serait profitable. Les provinces et les territoires ont, eux aussi, adopté des mesures de prévention. Par exemple, la Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes repose sur quatre grands principes : la responsabilité partagée et le leadership; une action basée sur des faits démontrés; des pratiques intégrées; et une reconnaissance de la diversité[141].

Connaître les risques : l'exemple de Sauve-Qui-Pense

Sauve-Qui-Pense est un organisme national voué à la prévention des blessures. Son objectif est d'aider les jeunes et les jeunes adultes au Canada à cerner et à gérer les risques, actuels ou futurs. Le programme s'appuie sur le principe que, pour montrer aux Canadiens à prendre des risques calculés, il faut les sensibiliser lorsqu'ils sont jeunes afin que ce message les marque pour le reste de leurs jours. Par conséquent, le programme privilégie des visites dans les écoles, là où il est facile de joindre les jeunes et d'établir le contact[149, 596]. Sauve-Qui-Pense apprend aux jeunes à prendre des risques calculés en leur communiquant cinq messages positifs : attacher sa ceinture de sécurité, regarder avant de se lancer, s'équiper convenablement, suivre la formation qui convient et ne jamais conduire en état d'ébriété[149, 597]. Afin de promouvoir ces messages, Sauve-Qui-Pense a élaboré deux programmes éducatifs à l'intention des jeunes.

- *Aucun regret* : Un programme de leadership qui est offert dans les écoles secondaires du Canada et qui initie les élèves et les enseignants à la gestion d'activités de prévention des blessures.
- *Aucun regret en direct* : Une visite d'une heure d'une personne qui a été victime d'un accident évitable pour discuter de son expérience avec les élèves, puis présenter une vidéo sur la prise de risques calculés et sur les conséquences des mauvais choix[596, 598].

Les premières évaluations de ce programme montrent des résultats très positifs. Les élèves ont beaucoup appris sur la façon de prévenir les blessures et ont également amélioré leurs attitudes et leurs comportements en ce qui concerne les risques de blessure. Un an après avoir participé au programme, le nombre de blessures ayant nécessité des soins médicaux a diminué[596]. Le programme incite aussi les jeunes à s'intéresser davantage à ce problème[596]. À l'heure actuelle, plus de 100 écoles secondaires au Canada (notamment au Yukon, en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador) ont participé au programme Aucun regret. Sauve-Qui-Pense aimerait joindre encore plus de jeunes et de jeunes adultes au Canada en offrant une formation en ligne et en recourant aux médias sociaux, comme Facebook, YouTube et Twitter. L'organisme collabore aussi avec les parents pour qu'ils initient leurs enfants à la prise de risques calculés[596, 599].

Les stratégies globales de prévention des blessures exigent un solide travail d'encadrement, puisqu'elles sont menées en collaboration avec un grand nombre d'organismes, de secteurs, de collectivités et de citoyens. Des organismes nationaux non gouvernementaux, comme Pensez d'Abord Canada, Communautés sécuritaires Canada, SécuriJeunes Canada et Sauve-Qui-Pense, continuent de faire partie intégrante de la lutte contre les blessures chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada (voir l'encadré intitulé « Connaître les risques : l'exemple de Sauve-Qui-Pense »)[149-151, 595].

Lutter contre l'intimidation et les agressions

L'intimidation ne compromet pas seulement l'état de santé et de bien-être actuel d'une personne, mais peut avoir des répercussions sur son comportement, sa santé et son bien-être à long terme[604, 605]. Comme l'indique le chapitre 3, la prévalence de l'intimidation et de la victimisation est inquiétante. Selon l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (*Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC]*), réalisée en 2005-2006 dans 39 pays, les Canadiens âgés de 13 ans se classaient respectivement au 20e et au 27e rang pour ce qui est de l'intimidation et de la victimisation[606]. En tant que société, le Canada a beaucoup à faire pour régler ce problème. Tous les Canadiens peuvent jouer un rôle dans la lutte contre l'intimidation, que ce soit à l'école, au terrain de jeu, au travail ou en ligne. Bien que, de façon générale, les médias aient réussi à sensibiliser la population canadienne, il faut continuer de s'attaquer au problème afin de mieux le prévenir[247].

L'intimidation est un problème relationnel destructeur caractérisé par des agressions à répétition avec abus de pouvoir de la part de l'intimidateur envers sa victime[600, 601]. L'intimidation peut survenir à la maison, à l'école, dans la collectivité et en ligne. Elle réunit trois conditions :

- un comportement agressif accompagné de gestes négatifs indésirables;
- des attaques fréquentes et répétées;
- un abus de pouvoir et un déséquilibre des forces[600, 602, 603].

L'intimidation est un problème relationnel qui nécessite des solutions d'ordre relationnel (voir la section intitulée « Établir des relations saines »)[607]. Elle se caractérise par un abus de pouvoir de la part de l'intimidateur envers sa victime (qui est souvent marginalisée)[600, 601]. Certaines personnes sont toutefois plus vulnérables que d'autres, que ce soit en raison de leur origine ethnique, de leur religion, de leur orientation sexuelle, de leur identité sexuelle, de leur apparence (y compris leur poids), de leur situation socioéconomique ou de leur invalidité. Quoi qu'il en soit, l'intimidation accentue leur isolement et peut entraîner des répercussions à long terme sur leur santé et leur vie sociale[600]. Le meilleur moyen de prévenir l'intimidation est de promouvoir des relations saines[607]. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un phénomène qui résulte de plusieurs facteurs, il faut privilégier une approche générale qui soutient les personnes en cause (l'intimidateur et sa victime) mais aussi le milieu social, c'est-à-dire les pairs, les éducateurs et les parents[607]. Les interventions peuvent se dérouler dans différents contextes, que ce soit en classe, à l'école ou dans la collectivité.

Combattre l'intimidation dans les écoles

L'intimidation se produit généralement à l'école. C'est donc en milieu scolaire que l'on s'emploie le plus activement à la combattre[608, 609]. Il existe d'ailleurs une foule de programmes de prévention en milieu scolaire. Pourtant, leurs résultats restent mitigés[607, 609]. Le programme Olweus, conçu par le professeur de psychologie norvégien D. Olweus (dont les interventions ont été mises en œuvre dans des écoles de la Norvège et des États-Unis), est sans doute la plus réputée et la plus fructueuse des mesures de lutte contre l'intimidation (voir l'encadré intitulé « Le programme Olweus de prévention de l'intimidation »)[610].

Les démarches qui englobent tout le milieu scolaire font partie des meilleures stratégies de prévention de l'intimidation. Elles visent à élaborer des politiques et des mesures de lutte contre l'intimidation en précisant les rôles et les responsabilités des enseignants et des élèves. Elles consistent, en particulier, à déterminer comment l'intimidation est gérée dans l'école et à établir des façons d'améliorer la situation. Pour prévenir l'intimidation à l'école, il faut être convaincu que ce type de comportement peut être éliminé grâce à une

Le programme Olweus de prévention de l'intimidation

Le programme Olweus de prévention de l'intimidation propose une approche générale à quatre volets : individuel, en classe, en milieu scolaire et dans la collectivité[611, 612]. Pour chaque volet, diverses interventions sont proposées, comme le resserrement de la surveillance des élèves à l'école et en classe, l'élaboration de règles et de politiques dans l'école, la reconnaissance des signes d'intimidation par le personnel, l'engagement des élèves et des parents, l'établissement de partenariats et la mise en place de campagnes de sensibilisation au sein de la collectivité[611]. Au départ, 2 500 élèves de 42 écoles norvégiennes ont participé au programme pendant plus de deux ans et demi. Les élèves ont constaté une diminution de 50 % du nombre d'intimidateurs et de victimes, une réduction des comportements antisociaux et une amélioration du contexte social en classe. En 2001, toutes les écoles primaires et secondaires de la Norvège avaient adopté le programme Olweus[610]. Aux États-Unis, trois écoles qui ont pris part à une étude de cas, en Virginie, en Pennsylvanie et en Californie, ont confirmé le succès du programme, indiquant que les élèves, les enseignants et les adultes avaient été moins nombreux à signaler des cas d'intimidation. De plus, les élèves ont déclaré éprouver un plus grand sentiment de sécurité à l'école, puisqu'ils voyaient que les adultes tentaient de mettre fin à l'intimidation[610, 613].

restructuration systématique de l'environnement social de l'école[614]. Voici quelques-unes des démarches qui ont donné de bons résultats :

- l'encadrement et l'engagement des enseignants et des adultes;
- l'établissement de règles et de valeurs comportementales claires et uniformes;
- la participation des jeunes à l'élaboration et à l'application des programmes;
- la participation de tous les intervenants;
- la prise en compte des nombreux facteurs de risque et de protection;
- l'importance accordée aux interventions précoces et à long terme[614].

Les politiques qui connaissent le plus de succès sont celles qui favorisent la participation des élèves à l'élaboration des politiques scolaires et qui prévoient des récompenses et des sanctions afin de modifier les comportements et d'influencer les autres. On sait que les élèves qui participent à la vie étudiante et qui entretiennent des relations sociales à l'école se sentent plus en sécurité, éprouvent moins de problèmes affectifs, présentent moins de troubles de comportement et réussissent mieux à l'école[615]. À l'opposé, les élèves se sentent tristes et menacés dans les écoles où les adultes (par exemple, les enseignants, le personnel et les parents) sont présents en classe mais absents des lieux où les intimidateurs ont l'habitude de sévir[615]. Si l'on veut changer les comportements, il faut garder à l'esprit qu'une personne ne devient pas un intimidateur du jour au lendemain et que son comportement dépend de nombreux facteurs. Il faut donc privilégier les interventions à long terme qui multiplient les démarches et les messages de sensibilisation[247, 607]. En effet, les interventions doivent favoriser l'acquisition de compétences sociales, comme la communication interpersonnelle, l'affirmation de soi, l'empathie et la capacité à résoudre des conflits[616].

Des programmes comme Racines de l'empathie permettent de réduire les agressions en améliorant les compétences sociales et affectives et en favorisant l'empathie. Racines de l'empathie est un programme offert en classe dans le cadre duquel un instructeur compétent reçoit la visite de parents du quartier, accompagnés de leur bébé. Les élèves observent le bébé et doivent décrire les sentiments

que celui-ci éprouve[617]. Cet éveil affectif favorise une vie en classe plus sécurisante et chaleureuse (pour plus de détails sur ce sujet, consulter le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009*)[30, 618]. S'attaquer à l'intimidation nécessite la collaboration de l'ensemble de la collectivité afin d'échanger sur les stratégies éprouvées, les ressources disponibles et les résultats de recherche. Même si les programmes en milieu scolaire sont les plus efficaces, chacun a un rôle à jouer afin de mieux faire connaître les dangers et les conséquences de l'intimidation. Une stratégie communautaire s'impose donc pour lutter contre les innombrables aspects de l'intimidation et réduire leurs conséquences à long terme sur la vie de ceux qui en sont victimes[619].

PREVNet (Promotion des Relations et Élimination de la Violence) est un réseau national de chercheurs canadiens et d'intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux résolus à combattre l'intimidation[620]. Avec la collaboration du Réseau national de centres d'excellence du Canada, PREVNet établit des partenariats multisectoriels en vue de faire connaître les résultats de recherche, d'accroître la sensibilisation, de changer les comportements, de mesurer la prévalence de l'intimidation, de mettre en œuvre et d'évaluer des stratégies de réduction de l'intimidation basées sur des faits démontrés et, enfin, de concevoir des politiques qui encouragent ce genre d'initiatives[620, 621]. PREVNet a mis au point une stratégie à quatre piliers qui sert à orienter ses activités de recherche et de développement :

- le pilier éducation vise à modifier les comportements et à susciter la volonté d'agir;
- le pilier évaluation offre des outils universels permettant d'évaluer les problèmes et leurs répercussions;
- le pilier intervention fournit des outils et des lignes directrices pour combattre l'intimidation et la victimisation;
- le pilier politique encourage la création de politiques et de lignes directrices pour toutes les administrations[621].

Stratégies en milieu de travail

L'intimidation ne survient pas seulement en milieu scolaire. Comme le présent rapport s'intéresse aux jeunes et aux jeunes adultes canadiens de moins de 29 ans, il importe de souligner que l'intimidation se produit également en milieu de travail et qu'elle peut toucher les jeunes et les jeunes adultes, souvent inexpérimentés, qui viennent de décrocher un emploi. En milieu de travail, l'intimidation se traduit par des gestes ou des commentaires susceptibles de mettre un employé à l'écart ou de nuire à son bien-être, comme colporter des rumeurs à son sujet, l'exclure, critiquer son travail, lui retirer des responsabilités, lui dissimuler des renseignements ou le menacer de violence physique et sexuelle[622]. Les victimes d'intimidation peuvent alors se sentir démoralisées, fâchées, anxieuses ou stressées. L'intimidation mène également à une augmentation du taux d'absentéisme et à un roulement de personnel très élevé, ce qui peut, dans certains milieux de travail, entraîner une augmentation des coûts associés à l'aide aux employés ainsi qu'à la baisse de la productivité et de la motivation[622].

Combattre l'intimidation en milieu de travail n'est pas une tâche facile pour les employeurs, étant donné qu'il existe différentes opinions sur ce qu'est l'intimidation et que la frontière entre un acte d'intimidation et un style de gestion dynamique est parfois difficile à tracer. Néanmoins, les programmes de santé et de sécurité au travail et les programmes de prévention de la violence en milieu de travail devraient tenir compte de cette réalité. L'organisation (l'employeur) et ceux qui défendent les intérêts des employés doivent s'entendre sur une définition de l'intimidation et présenter des exemples de comportements considérés comme acceptables, selon les circonstances. Cette définition doit ensuite être appliquée par tous les employés, clients et autres personnes qui entretiennent des liens avec l'organisation. Les employeurs et les employés devraient collaborer à la mise en place d'un programme de prévention, s'entendre sur les mesures à prendre pour prévenir l'intimidation, travailler ensemble à leur mise en application et, enfin, élaborer un protocole de déclaration et de prise en charge des incidents. Des données démontrent que, pour assurer la réussite d'un programme ou d'une stratégie de prévention, il faut que la direction et les employés s'engagent à éliminer ou à réduire l'intimidation dans leur milieu de travail et qu'ils mettent à jour, quand c'est nécessaire, leur programme ou leur stratégie en fonction des exigences réglementaires[622].

Au Canada, les lois et les mesures législatives qui portent sur l'intimidation au travail sont peu nombreuses. Le *Code canadien du travail* et la *Loi canadienne sur les droits de la personne* protègent les employés contre certaines formes de harcèlement (surtout celles en milieu de travail)[80, 623]. Toutefois, il incombe aux employeurs de contrer le harcèlement et de consentir des efforts raisonnables pour éviter qu'un employé en soit victime. Il revient aussi aux employeurs d'adopter des politiques appropriées, d'en évaluer l'efficacité, de les faire connaître aux employés, de les mettre à jour au besoin et d'offrir une formation sur le harcèlement[622]. Certaines administrations ont adopté des lois en matière de violence, de harcèlement et d'intimidation au travail. Par exemple, depuis février 2011, les travailleurs du Manitoba sont protégés contre le harcèlement psychologique en milieu de travail en vertu du *Règlement sur la sécurité et la santé au travail*. Ces nouvelles dispositions obligent tous les employeurs de la province à mettre en place des politiques de prévention du harcèlement et à informer leurs employés de leur droit de travailler dans un milieu sain et du rôle qu'ils ont à jouer à cet égard[624, 625]. Les employeurs reçoivent de l'aide pour instaurer des programmes adaptés à leur environnement, à leur organisation et à leur domaine d'activité. La Saskatchewan, l'Ontario et le Québec se sont également dotés de lois et de politiques semblables[575, 626, 627]. La Saskatchewan, par exemple, a mis au point des outils qui favorisent le « travailler mieux » afin d'aider les employés et leurs employeurs à reconnaître les cas de harcèlement, à y mettre fin et à promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail[627, 628].

S'attaquer aux problèmes de santé sexuelle et reproductive

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé d'une personne, d'un mode de vie sain et d'une transition réussie. Vivre une sexualité saine, ce n'est pas seulement éviter les conséquences négatives, comme les infections transmissibles sexuellement (ITS) et les grossesses imprévues. Une sexualité saine suppose également l'acquisition de connaissances, de compétences et de comportements favorables à une bonne santé sexuelle et reproductive ainsi qu'à des expériences sexuelles enrichissantes tout au long de la vie. Les attitudes d'une personne envers la sexualité et son aptitude à comprendre et à accepter sa propre sexualité influeront sur sa capacité à faire les bons choix et à respecter les choix des autres[630].

Selon l'OMS, la **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, mental et social lié à la sexualité. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles qui permet de vivre des expériences agréables et sécuritaires, sans contrainte, sans discrimination et sans violence[629].

La santé sexuelle revêt une importance particulière chez les jeunes et les jeunes adultes, puisque la plupart des Canadiens deviennent sexuellement actifs à l'adolescence et ont leur première relation sexuelle avant le début de l'âge adulte[219]. Les taux d'ITS à déclaration obligatoire sont plus élevés chez les 15 à 24 ans que chez les personnes plus âgées[161-163]. La section qui suit traite des principales mesures qui favorisent la santé sexuelle et des facteurs qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé des jeunes et des jeunes adultes :

- établir des relations saines;
- favoriser l'éducation sur la santé sexuelle;
- réduire les comportements sexuels à risque;
- promouvoir la santé reproductive;
- concevoir des stratégies globales pour s'attaquer aux problèmes de santé sexuelle.

Établir des relations saines

Le présent chapitre part du principe que les relations saines (celles que l'on entretient avec ses pairs, ses partenaires, ses parents et d'autres adultes et conseillers) permettent d'accroître la résilience et de réduire les risques de développer des problèmes de santé. Les répondants du *Toronto Teen Survey* ont indiqué que les relations saines étaient l'un des trois aspects de la santé sexuelle qu'ils souhaitaient approfondir, les autres étant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et le plaisir sexuel[631]. Établir des relations à cet âge est important puisque, à cette étape de leur vie, les jeunes et les jeunes adultes socialisent davantage, ont leur première relation sexuelle et peuvent même devenir parents. Par conséquent, ils doivent acquérir les compétences, les connaissances et les attitudes nécessaires pour établir, dès l'adolescence, des relations saines basées sur le respect et l'entraide.

Créer des transitions saines

Les relations amoureuses sont particulièrement importantes pour un passage réussi à l'âge adulte. À l'adolescence, les jeunes explorent de nouveaux comportements qui leur feront vivre un éventail d'expériences[632]. Il s'agit d'une période de vulnérabilité où les jeunes peuvent accomplir, délibérément ou non, des gestes qui nuisent à l'établissement de relations saines. Il peut s'agir de gestes subtils ou violents, qui peuvent être perçus comme des signes d'engagement ou d'amour et qui dépendent d'un certain nombre de facteurs, notamment le besoin de contrôler. Ces gestes peuvent cependant avoir des conséquences négatives à long terme[632, 633]. Même si la violence dans les relations amoureuses peut survenir à tout âge, les jeunes et les jeunes adultes semblent plus susceptibles d'en être victimes[253]. Ce sont généralement les femmes qui déclarent à la police des actes de violence dans leurs relations amoureuses[253]. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'aider les jeunes à établir des relations saines basées sur l'égalité afin de les soutenir pendant leur passage à l'âge adulte[632]. Les relations saines provoquent une remise en question des rôles traditionnels assignés à chacun des sexes, permettent de trouver un équilibre entre les pouvoirs et favorisent l'égalité des sexes.

Pour prévenir la violence et promouvoir les relations saines, il importe d'agir le plus tôt possible. En effet, les interventions précoces (à la maison, à l'école et dans la collectivité) permettent aux enfants et aux jeunes d'apprécier la valeur des relations et de reconnaître que le respect, l'égalité et l'harmonie en font partie intégrante[634]. Des programmes comme Racines de l'empathie (dont il a été question dans la section intitulée « Lutter contre l'intimidation et les agressions ») apprennent aux jeunes à faire preuve d'empathie et à comprendre les conséquences de leurs comportements et de leurs gestes[617, 635]. Des études ont également révélé que les programmes qui s'adressent spécifiquement aux personnes à risque (par exemple, les jeunes victimes de mauvais traitements) peuvent contribuer à réduire la violence dans les relations (voir l'encadré intitulé « Prévenir la violence dans les relations amoureuses : le *Youth Relationships Project* »)[636-638].

Les mesures les plus fructueuses en ce domaine font intervenir de nombreux acteurs. Les collectivités ont un rôle important à jouer afin de soutenir les écoles qui offrent des programmes de sensibilisation. Ce travail de collaboration permet de réduire le chevauchement des programmes et laisse plus de latitude pour cerner les personnes qui vivent des relations instables et pour attaquer les problèmes sur plusieurs fronts. Les interventions dans les écoles touchent un grand nombre de jeunes et comprennent des programmes de petite ou de moyenne envergure axés sur la discussion et les jeux de rôles. Pour donner de bons résultats, les programmes doivent aborder toute une gamme d'expériences individuelles et considérer les différences entre les genres, la culture, l'origine ethnique et l'orientation sexuelle. Les mesures de prévention qui ont permis de réduire la violence dans les relations amoureuses, sont celles qui fournissent des outils pour assurer la sécurité des victimes (réelles ou potentielles) et qui placent la violence dans un contexte général, qui englobe l'égalité, les droits et les responsabilités (voir l'encadré intitulé « Établir des relations saines : le programme *Fourth R* »)[638, 639].

> La **violence dans les relations amoureuses** comprend tout comportement qui nuit au développement de l'autre en compromettant son intégrité physique, psychologique ou sexuelle. Il peut donc s'agir de violence psychologique, physique ou sexuelle[632].

Favoriser l'éducation sur la santé sexuelle

L'éducation sur la santé publique comprend un volet sur la santé sexuelle, qui permet d'acquérir les connaissances, la compréhension, le discernement, la motivation et les habiletés nécessaires à une bonne santé sexuelle[640]. Pour être efficace, l'éducation sur la santé sexuelle doit tenir compte des besoins, des expériences et des réalités des individus, des collectivités et des populations[22]. La santé sexuelle comprend plusieurs aspects et suscite différentes perceptions. C'est pourquoi il est recommandé, dans les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, de recourir à des programmes d'éducation généraux, qui favorisent les retombées positives (par exemple, le respect de soi et des autres, l'estime de soi, les relations sexuelles consentantes et la prise de décisions éclairées en matière de reproduction) tout en éliminant les conséquences négatives (par exemple, les ITS, le VIH et la violence sexuelle les grossesses imprévues)[22].

Prévenir la violence dans les relations amoureuses : le Youth Relationships Project

Le *Youth Relationships Project* (YRP) est un programme qui fait l'étude d'une intervention destinée à aider les jeunes à risque à établir des relations saines et non violentes avec leurs partenaires, actuels ou futurs. Ce projet réalisé en Ontario s'adresse aux jeunes qui présentent des antécédents de violence et de conflits familiaux et qui sont donc plus à risque de devenir eux-mêmes agresseurs ou victimes de violence. Le projet est fondé sur le principe que la victimisation et les actes de violence peuvent être réduits si on multiplie les sources d'information mises à la disposition des jeunes à risque et si on leur permet de vivre des expériences enrichissantes[636]. Le volet étude du projet portait sur 400 jeunes (âgés de 14 à 16 ans) sous la responsabilité des services de protection de l'enfance. Certains faisaient partie du groupe d'intervention, alors que les autres appartenaient au groupe témoin (services habituels). Le groupe d'intervention a été divisé en petits groupes mixtes qui, pendant 18 semaines, se réunissaient pour des séances de deux heures. L'objectif était de mieux faire comprendre aux participants le problème de la violence sexiste afin qu'ils acquièrent des compétences et des comportements sociaux axés sur la communication, la responsabilité et la participation collective[636]. L'évaluation du projet a révélé que, à long terme, les participants du groupe d'intervention étaient beaucoup moins susceptibles de faire l'objet de victimisation et de faire usage de violence physique et psychologique, comparativement aux jeunes du groupe témoin. Les participants du groupe d'intervention affichaient également une diminution de l'hostilité interpersonnelle et présentaient moins de signes de traumatisme par rapport aux membres de l'autre groupe. Même si l'évaluation de la détresse et des comportements violents reposait sur les renseignements fournis par les participants, le YRP a tout de même conduit à des changements de comportement positifs chez les jeunes à risque et a préparé le terrain pour d'autres programmes fructueux, comme le *Fourth R* (voir l'encadré intitulé « Établir des relations saines : le programme *Fourth R* »)[637, 638]. Des travaux de recherche plus approfondis seraient toutefois nécessaires pour confirmer ces résultats.

Comme il est indiqué précédemment, les écoles constituent le milieu idéal pour transmettre de l'information, puisqu'elles accueillent la plupart des jeunes et des jeunes adultes au Canada et qu'elles peuvent intégrer la santé sexuelle à leur programme d'enseignement. En plus de fournir de l'information sur tous les aspects liés à la santé sexuelle, les programmes généraux contribuent à prévenir les ITS et à réduire la violence dans les relations.

Des études ont démontré que plus on informe les enfants et les jeunes sur la santé sexuelle, plus ils sont susceptibles de retarder le moment de leur première relation sexuelle et d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (comme l'utilisation du condom)[644]. Elles indiquent également que, à long terme, les interventions en milieu scolaire peuvent être profitables, surtout si l'on tient compte des répercussions économiques et sociales qu'entraînent les grossesses imprévues et les problèmes de santé sexuelle, comme le VIH et le sida et les autres ITS[644]. Les mesures qui induisent des changements de comportement, même minimes, peuvent générer des économies tant sur le plan communautaire que sur le plan social. Par exemple, une grossesse imprévue à l'adolescence peut avoir des conséquences socioéconomiques disproportionnées pour les jeunes femmes et leurs familles[339, 645].

Toutefois, l'éducation sur la santé sexuelle est généralement d'une efficacité limitée dans les écoles, en raison du temps consacré à l'enseignement, du matériel pédagogique ou encore d'une résistance de la part de la collectivité. Certains enseignants se sentent également mal à l'aise avec le sujet[640]. Par ailleurs, une coordination accrue s'impose entre les collectivités et les différentes administrations afin de s'assurer que l'éducation sur la santé sexuelle est accessible et adaptée aux différents besoins des jeunes et des jeunes adultes au Canada[22].

Pour répondre aux différents besoins et points de vue, les programmes doivent aussi inclure la question de la diversité. Selon les résultats du *Toronto Teen Survey*, les Noirs et les personnes originaires de l'Afrique et des Caraïbes sont les moins portés à se renseigner sur les questions d'ordre sexuel ou à avoir accès à cette information[631, 646]. En raison de leurs antécédents culturels, qui leur dictent ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, certains jeunes doivent également surmonter

Créer des transitions saines

Établir des relations saines : le programme Fourth R

Élaboré en Ontario, le programme *Fourth R* est une intervention globale qui a été mise en œuvre en milieu scolaire dans le but d'éliminer la violence, la consommation de drogues et les comportements sexuels à risque[641, 642]. Ce programme part du principe que les compétences relationnelles (*relationship skills* en anglais) coïncident avec les compétences de base acquises à l'école, soit la lecture, l'écriture et les mathématiques (les trois autres « r » en anglais, c'est-à-dire *reading, 'riting* et *'rithmetic*). Il se divise en 21 leçons fondées sur les compétences et répond aux exigences du programme de santé et d'éducation physique offert en 9e année dans les écoles publiques de l'Ontario. Les trois principaux modules du programme encouragent la non-violence et les comportements sains en abordant les sujets suivants : la sécurité personnelle et la prévention des blessures; une croissance et une sexualité saines; la consommation et l'abus de substances nocives[641].

L'évaluation a établi que, comparativement aux étudiants du groupe d'école témoin (qui avaient suivi les leçons habituelles sur la santé), les participants au programme avaient acquis de nouvelles connaissances, compétences et attitudes[643]. Ils ont également déclaré vivre moins de violence dans leurs relations amoureuses deux ans après le programme de 9e année[641]. Depuis, le programme *Fourth R* a pris de l'ampleur et a été mis en application dans plus de 800 écoles en Ontario. Il a également été adapté pour répondre aux besoins de six autres provinces du Canada[643].

d'autres obstacles susceptibles de compromettre leur éducation sexuelle et de nuire à leur santé sexuelle et reproductive[647, 648]. On a également constaté dans l'ensemble des collectivités un manque ou une absence d'information à propos des minorités sexuelles.

Informer les gens sur la question de l'orientation sexuelle peut répondre aux besoins de certains jeunes et jeunes adultes des minorités sexuelles (ceux qui se désignent comme LGBTQ). En effet, les jeunes LGBTQ qui ont participé au *Toronto Teen Survey* ont rapporté qu'ils avaient du mal à obtenir des services de santé sexuelle et que les cours sur la santé sexuelle offerts à leur école n'abordaient pas les sujets qui les préoccupent personnellement[631, 649]. En réalité, la plupart des études traitent de l'hétérosexualité chez les adolescents et, par conséquent, font généralement abstraction des minorités sexuelles et des personnes à genre variable. Pourtant, les rares recherches effectuées sur les minorités sexuelles et les personnes à genre variable font état de la complexité de leur identité, de leurs comportements et de leurs désirs ainsi que du caractère diversifié et hétérogène de leur sexualité[337, 650]. Les efforts consentis pour répondre aux besoins des jeunes en matière d'éducation sexuelle permettraient de réduire la stigmatisation, de dissiper les craintes, de combattre les stéréotypes et de mettre un terme à la discrimination[644, 651].

Certaines écoles secondaires de l'Ontario ont mis en place le programme *Girls Chat Project*, qui vise à sensibiliser les jeunes immigrantes et les jeunes réfugiées à la santé sexuelle et à l'image corporelle, à l'estime de soi, à la sexualité et à la violence sexuelle. Dans le cadre de ce programme, les adolescentes se réunissent à l'école chaque semaine afin de discuter et d'échanger avec d'autres jeunes qui vivent des défis et des expériences semblables[652, 653]. Les enseignants, le personnel administratif de l'école et d'autres travailleurs communautaires peuvent également participer à des séances d'information et échanger sur les besoins de ces jeunes femmes et sur la façon de leur offrir des services appropriés[653, 654]. Le projet existe depuis maintenant sept ans. Il est offert dans six écoles secondaires à Ottawa, et plus de 100 jeunes femmes y participent chaque semaine[653, 654]. Des études de ce projet ont démontré qu'il s'agit d'un programme prometteur qui permet de stimuler l'esprit d'initiative chez les jeunes femmes, facilite leur intégration sur le plan psychologique et social et favorise les relations harmonieuses entre les élèves et le personnel de l'école.

Réduire les comportements sexuels à risque

Pour assurer leur développement et faciliter leur passage à l'âge adulte, les jeunes et les jeunes adultes doivent apprendre à faire des choix responsables et éclairés à propos de leur sexualité. Les attitudes et les

comportements qu'ils adoptent à l'égard de la sexualité se définissent dès leur tout jeune âge et restent sensiblement les mêmes tout au cours de leur vie[655, 656]. Certains comportements sexuels à risque, comme l'activité sexuelle précoce, l'utilisation occasionnelle du condom et les relations sexuelles avec des partenaires multiples ou simultanés, augmentent les risques de contracter une ITS, de provoquer une grossesse imprévue ou de développer des problèmes de santé à long terme[655-657]. Plus les jeunes et les jeunes adultes acquièrent des connaissances et des compétences en la matière, plus ils sont en mesure de gérer judicieusement leur sexualité et de faire des choix responsables.

Il se peut que certains jeunes ne comprennent pas ou comprennent mal les répercussions des comportements sexuels à risque[656]. Ce manque de sensibilisation pourrait, entre autres, expliquer la récente hausse du nombre de cas déclarés d'ITS (voir le chapitre 3). Selon les données autodéclarées, la plupart des jeunes âgés de 14 à 17 ans se disent bien informés sur la santé sexuelle; toutefois, le quart des élèves de 9e et de 10e année qui ont déclaré être sexuellement actifs ont également admis ne pas utiliser de moyen de contraception[658]. Bien que de vastes campagnes d'information aient été mises en œuvre pour sensibiliser la population aux risques associés à certains comportements sexuels, il semble que des programmes plus ciblés donneraient de meilleurs résultats auprès des jeunes[659, 660].

Par ailleurs, pour s'attaquer aux comportements sexuels à risque des jeunes de la rue, il faut examiner l'ensemble des facteurs déterminants pour leur santé. Habituellement, les interventions en santé publique portent sur une seule question à la fois et, par conséquent, ne permettent pas de s'attaquer aux causes fondamentales des comportements adoptés par les jeunes de la rue. Il faut savoir que la plupart d'entre eux ont quitté leur foyer en raison de problèmes familiaux, de conflits, de violence, de mauvais traitements et de consommation ou d'abus de substances nocives. Les programmes de prévention qui misent sur les milieux sociaux, tels que la famille, l'école et la collectivité, permettent de réduire le nombre de jeunes qui se retrouvent dans la rue[23]. Comme il est mentionné au chapitre 3, les jeunes de la rue sont particulièrement vulnérables aux risques associés à la santé sexuelle : ils présentent des taux élevés d'ITS et sont plus susceptibles de contracter le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC)[661-663]. Paradoxalement, les programmes publics de vaccination contre le VHB sont offerts en milieu scolaire, alors que la plupart des jeunes de la rue ne fréquentent pas l'école de façon régulière[23, 664, 665]. Lorsqu'elles reposent sur la collaboration intersectorielle, les interventions qui encouragent l'utilisation du condom et l'exclusivité sexuelle sont particulièrement efficaces pour réduire la propagation des ITS et des infections transmissibles par le sang[23]. Cependant, de nouvelles stratégies d'intervention pourraient être nécessaires afin de s'assurer que les populations à risque ont accès à des soins de santé et à des programmes d'immunisation[664]. Un examen systématique des programmes de prévention des ITS et du VIH destinés aux jeunes a d'ailleurs permis de cerner quatre grands domaines où il y aurait lieu d'intervenir afin de réduire les comportements sexuels à risque.

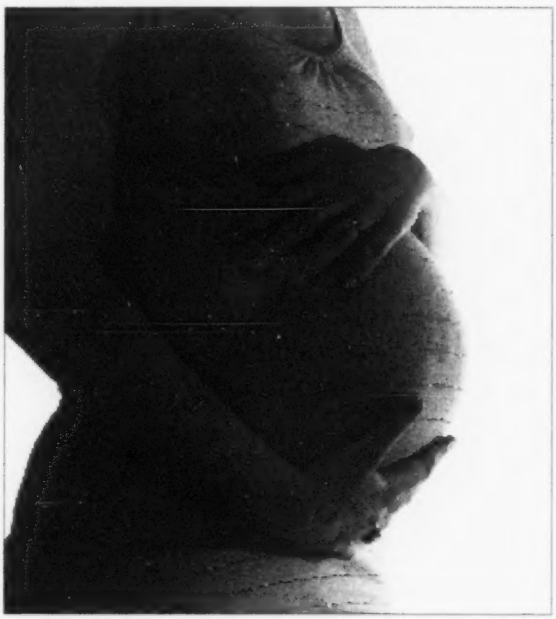
- Cibler les comportements considérés comme gérables et réalisables, par exemple, encourager l'usage du condom. La recherche montre que de telles interventions réduisent, à court et à long terme, les comportements sexuels à risque et, par conséquent, les taux d'ITS et de VIH[666, 667];
- Concevoir des programmes adaptés. Les jeunes et les jeunes adultes au Canada ne forment pas une population homogène. Il est donc essentiel de garder à l'esprit que ce qui fonctionne pour une personne peut être inefficace pour une autre, d'où l'importance de mener des interventions qui tiennent compte de la diversité culturelle et ethnique des populations, de leur niveau de développement, de leur orientation sexuelle, de leur identité sexuelle et des risques comportementaux[666, 667];
- Adapter les théories cognitives et de l'apprentissage. Les interventions qui misent sur la sensibilisation, l'autoefficacité et le renforcement des aptitudes personnelles sont efficaces pour aider les jeunes à communiquer davantage avec leurs partenaires (grâce à des jeux de rôles) et leur apprendre à faire des choix responsables, à faire un usage approprié des méthodes de contraception et à manifester leur intention d'avoir des relations sexuelles protégées[667];

- Aborder des sujets autres que les risques associés à la sexualité. Les interventions qui se penchent sur des sujets diversifiés, comme la résolution de problèmes, la prise de décision, les aptitudes sociales, le perfectionnement des compétences, les différences de perceptions selon le genre et les croyances culturelles, contribuent également à réduire les comportements sexuels à risque. Les interventions qui misent sur les compétences et la résilience semblent également très prometteuses[667].

Promouvoir la santé reproductive

Pour certains jeunes et jeunes adultes, le passage à l'âge adulte coïncide avec une autre étape importante de la vie, qui comporte elle aussi son lot de responsabilités : devenir parents. Une bonne santé reproductive nécessite la mise en place de programmes qui favorisent la santé des parents et celle des enfants. Il est aussi possible de concevoir des programmes efficaces pour les personnes qui, en raison de facteurs individuels et socioéconomiques, sont prédisposées à des problèmes de santé, de sorte que leurs enfants puissent commencer leur vie du bon pied.

Le Canada a réussi à offrir une plus grande variété de soins prénataux et à améliorer la santé maternelle et infantile. Cependant, pour continuer sur cette voie, il faut non seulement qu'il maintienne ces services, mais il doit aussi les améliorer, lorsque la situation le permet. Les femmes qui ont déclaré avoir reçu des soins prénataux inadéquats pendant leur grossesse ont notamment invoqué les raisons suivantes : l'absence d'adresse permanente, un accès limité aux soins de santé, l'absence de moyen de transport, des problèmes de garde d'enfants ainsi que la peur des répercussions liées à la consommation de substances nocives ou au dépistage d'une maladie[668]. C'est au sein de ce groupe de femmes que les comportements prénataux et les situations à risque sont les plus difficiles à reconnaître ou à traiter. Et la situation se complique davantage dans les collectivités défavorisées qui, en raison de nombreux problèmes sociaux, n'offrent pas un milieu propice à une grossesse en santé. Les programmes de soins prénataux qui reposent sur une approche communautaire ont obtenu un certain succès en ciblant les collectivités et les personnes en difficulté. Le Programme canadien de nutrition prénatale, par exemple, vient en aide aux



femmes enceintes à risque, ainsi qu'à leurs enfants, dans plus de 2 000 collectivités au Canada[669, 670]. Les évaluations ont permis d'établir que les participantes adoptent des comportements plus sains et obtiennent de meilleurs résultats cliniques; on a en effet constaté une réduction de la consommation de substances nocives pendant la grossesse, un taux plus élevé de naissances en santé et une hausse de l'allaitement naturel[669]. Par ailleurs, certaines régions éloignées ont également accès à des programmes de santé sexuelle et reproductive qui sont adaptés à leurs besoins et à leurs réalités culturelles. Le Programme de soins de santé maternelle et infantile en est un bon exemple (voir l'encadré intitulé « Le Programme de soins de santé maternelle et infantile »)[671].

Au Canada, le taux de grossesse chez les adolescentes a diminué au fil des années et, de plus en plus, les Canadiens retardent la naissance de leur premier enfant[107, 108]. Les grossesses chez les adolescentes représentent un problème de santé publique qui, la plupart du temps, pourrait être évité, d'autant plus qu'il entraîne bien souvent des conséquences négatives

Le Programme de soins de santé maternelle et infantile

L'objectif à long terme du Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) est de soutenir les femmes enceintes des Premières nations ainsi que les familles ayant des nourrissons et des jeunes enfants, qui vivent dans les réserves, pour que ces personnes profitent de toutes leurs possibilités en matière de développement et d'espérance de vie[671]. Cet objectif peut être accompli grâce à un programme local, intégré et efficace, qui est adapté aux réalités culturelles des Premières nations et qui répond aux besoins individuels, familiaux et collectifs[672]. Le programme repose sur une approche globale, qui est axée sur les soins de santé maternelle et infantile des Premières nations et qui mise sur les forces de la collectivité, notamment le soutien des aînés, le Programme canadien de nutrition prénatale, les services de prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, les services de soins infirmiers et de santé buccodentaire, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire ainsi que d'autres programmes communautaires[672]. Le PSSMI offre des services de santé reproductive et mène des évaluations et des tests de dépistage auprès des femmes enceintes et des nouveaux parents afin de cerner les besoins des familles. Des visites à domicile permettent également d'assurer un suivi, de diriger les personnes vers d'autres services et de gérer les différents cas, selon les besoins[672]. Dans l'ensemble, les programmes de visites à domicile, notamment ceux qui s'inspirent du modèle *Olds* aux États-Unis, ont permis d'améliorer, dans une certaine mesure, la santé des parents et des enfants[673]. Selon un rapport de l'Assemblée des Premières Nations, les visites à domicile effectuées dans le cadre du PSSMI ont permis de diagnostiquer et de gérer des cas de dépression post-partum et d'améliorer les réseaux de soutien aux mères[674]. Elles offrent également la possibilité d'aborder la question de la santé sexuelle et reproductive. Dans certaines collectivités, les intervenants offriront une formation sur la santé reproductive en milieu scolaire et mettront en œuvre des programmes de santé avant la grossesse à l'intention des jeunes adultes afin d'encourager un début de grossesse en santé[674].

sur la santé des parents et sur celle des enfants[645, 675]. En effet, comparativement aux femmes qui deviennent mères à un âge plus tardif, les jeunes filles mères sont plus susceptibles de développer des maladies rénales, des troubles dépressifs et des problèmes d'anémie, d'hypertension et de prééclampsie. Quant à leurs enfants, ils présentent des taux plus élevés de mortalité périnatale, de naissance prématurée et de faible poids à la naissance[111]. Les jeunes filles mères et leurs enfants courent également des risques socioéconomiques à long terme, tels qu'un niveau de scolarité inférieur, une diminution des possibilités d'emploi et l'absence d'un partenaire contribuant au revenu familial[675]. Des études montrent que les femmes vivant dans des conditions socioéconomiques favorables ont davantage de chances de terminer leurs études postsecondaires avant la maternité, alors que celles qui vivent dans une situation socioéconomique précaire sont plus susceptibles d'être mères à un jeune âge et ont moins de chances de poursuivre des études postsecondaires, de se trouver un emploi, de se marier ou de cohabiter avec un partenaire avant la naissance de leur premier enfant[37, 676, 677]. De leur côté, les femmes ayant une situation socioéconomique élevée ont de meilleures connaissances et compétences en santé et un accès facilité à la contraception et à l'avortement[675]. Par ailleurs, les femmes plus vulnérables aux pressions de la maternité sont plus souvent exposées à des facteurs externes pouvant mettre leur santé en péril, comme les comportements à risque, les problèmes de santé et l'accès limité aux soins de santé[675]. Les programmes de santé publique peuvent avoir une incidence bénéfique sur la santé des jeunes parents en leur donnant accès à des services de soutien et en assurant à leurs enfants un début de vie en santé[675].

De nombreux facteurs, tels que les choix, les occasions, les réseaux de soutien et les facteurs socioéconomiques, peuvent également expliquer les grossesses chez les adolescentes. La prévention des grossesses est une question complexe qui exige l'adoption d'une stratégie globale et holistique. La plupart des administrations ont mis en place des stratégies en milieu scolaire qui font la promotion de la santé sexuelle et de la contraception[678]. Bien que ces programmes aient donné de bons résultats, ils abordent rarement les causes fondamentales de la grossesse chez les adolescentes, telles que les conditions socioéconomiques précaires, le faible niveau

de scolarité des parents, les problèmes de violence et les troubles de santé mentale[678, 679]. Les grossesses chez les adolescentes peuvent également être attribuables à un accès limité aux soins de santé et aux méthodes de contraception (particulièrement dans les régions rurales et éloignées), à la stigmatisation (particulièrement dans les petites collectivités), à un manque de connaissances en matière de reproduction, à une utilisation inadéquate de la contraception, à une difficulté de négocier l'usage du condom et à un sentiment d'obligation d'avoir des relations sexuelles[679, 680].

Parmi les différentes interventions qui ont été menées dans le but de prévenir les grossesses et les ITS chez les adolescentes, certaines ont donné des résultats contradictoires; les autres n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, n'ont pas été appliquées à d'autres populations ou sont de portée trop restreinte. Malgré cela, plusieurs mesures de prévention des grossesses chez les adolescentes s'avèrent prometteuses.

- Les programmes d'éducation en milieu scolaire qui combinent la prévention des grossesses et des ITS chez les adolescentes ont contribué à la réduction du nombre de grossesses[678]. Alors que certains encouragent l'abstinence, d'autres font à la fois la promotion de l'abstinence et de l'utilisation de moyens de contraception chez les adolescents sexuellement actifs. Les programmes qui sont les plus susceptibles de modifier favorablement les comportements sont ceux qui portent sur les facteurs de risque et les facteurs de protection (comme l'éducation sexuelle, la sensibilisation aux ITS et au VIH et le sida, mais aussi sur des questions qui n'ont rien à voir avec la sexualité[678]. Les évaluations indiquent que les adolescents qui ont reçu une formation générale sur la sexualité courent moins de risques de grossesse que ceux qui ont eu droit à une éducation uniquement axée sur l'abstinence ou qui n'ont reçu aucune éducation sexuelle[681].
- Les programmes d'éducation communautaire permettent aux parents et aux personnes qui sont en contact avec les jeunes de transmettre des renseignements et des compétences en matière de santé sexuelle[682]. Ces programmes leur montrent comment aborder des questions telles que la contraception, les comportements sexuels, les relations ainsi que la prévention des ITS et des grossesses[678].
- Certains programmes donnent accès à des services généraux de santé reproductive qui peuvent être adaptés selon le lieu de résidence, l'âge, le genre, l'orientation sexuelle et la culture des populations visées. Ces programmes se montrent plus efficaces, puisqu'ils permettent aux jeunes de mettre en application ce qu'ils ont appris et de choisir des activités qui conviennent à leurs réalités.
  - Les programmes qui font participer les adolescents et les jeunes hommes à des discussions libres au sujet de la santé sexuelle sont efficaces[679, 683]. Trop souvent, les programmes de prévention n'abordent pas l'éducation sexuelle des hommes et ne tiennent pas compte de leurs perceptions à l'égard de la contraception et de la négociation. Cette question est d'autant plus cruciale que, traditionnellement, il était plus difficile pour les jeunes femmes de négocier des relations sexuelles sans risque, et ce, même si elles en connaissaient les bienfaits. L'établissement de relations saines pourrait contribuer à régler la question[679, 683, 684].
  - Les programmes qui offrent aux jeunes des possibilités de poursuivre des études, d'entreprendre une carrière ou de se perfectionner permettent de contrer l'ennui, de diminuer les comportements à risque et d'atténuer le sentiment de ne pas avoir d'avenir[679, 684].
  - La santé sexuelle fait partie de la vie. Les programmes doivent tenir compte de cette réalité qui n'est pas exclusive aux étudiants et aux jeunes. Des études ont d'ailleurs démontré que les programmes communautaires qui réunissent un grand nombre d'organismes et d'intervenants, comme les parents ou d'autres conseillers, donnent de bons résultats[683].

Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent tenir compte des opinions et des perceptions. Il faudrait donc mener de plus amples recherches pour mieux comprendre les perceptions et les expériences des jeunes femmes qui ont vécu une grossesse précoce et d'autres grossesses afin d'en savoir davantage sur leurs habitudes de contraception et leur accès aux services[685]. Il existe également très peu d'information sur les jeunes hommes et les perceptions qu'ils ont des femmes, de la grossesse et de leur rôle au sein de la famille. Des programmes

de prévention destinés aux hommes pourraient aider à améliorer les compétences, le niveau de compréhension et les relations, ce qui pourrait avoir une incidence considérable sur la santé reproductive[684].

Un des défis en santé publique consiste à trouver un équilibre entre la prévention des grossesses précoces et les messages positifs concernant la maternité et les naissances. Bien que les grossesses tardives soient de plus en plus fréquentes, il arrive que certains jeunes au Canada choisissent d'avoir des enfants en bas âge[684, 686, 687]. Par exemple, certaines cultures favorisent les grossesses précoces et, dans ces cas précis, le fait de reporter la grossesse pourrait conduire à la marginalisation[684, 686, 687].

Pour s'attaquer au problème des grossesses précoces, il est nécessaire d'élaborer un processus à deux volets : d'une part, les interventions qui misent sur la prévention (abordées précédemment) et, d'autre part, les interventions qui ciblent la santé des jeunes parents afin de leur offrir, ainsi qu'à leurs enfants, un soutien et des services appropriés. Certaines jeunes filles mères déclarent avoir perçu leur grossesse comme une expérience positive qui les a empêchées, contrairement à leurs pairs, de sombrer dans l'alcool et la drogue, destin vers lequel elles se dirigeaient tout probablement avant de tomber enceintes. D'autres ont également déclaré que la maternité était leur principale source de motivation pour se trouver un emploi ou retourner aux études[688]. Les politiques et les programmes de prévention jettent trop souvent le blâme sur ces jeunes mères en présentant la grossesse précoce comme le signe d'un échec personnel. De nouvelles interventions devraient être mises en œuvre afin de soutenir les jeunes familles et de prévenir les grossesses subséquentes sans marginaliser pour autant les jeunes mères. Puisque les études révèlent que les jeunes filles mères sont souvent moins scolarisées et présentent une situation économique précaire, les responsables de la santé publique ont un rôle à jouer afin d'assurer un avenir en santé à ces femmes et à leurs enfants.

Concevoir des stratégies globales pour s'attaquer aux problèmes de santé sexuelle

Les institutions et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, de même que le secteur de la santé publique, ont la responsabilité de promouvoir la santé sexuelle. Au cours des deux dernières décennies, d'immenses progrès ont été réalisés grâce à une série d'interventions permettant de mieux comprendre la sexualité humaine et de mieux transmettre ces connaissances. Toutefois, même en ce qui concerne les questions plus connues des jeunes et des jeunes adultes au Canada, comme le VIH et le sida, il est évident que d'autres efforts doivent être consentis pour accroître la sensibilisation et déterminer les interventions qui sont les plus susceptibles de favoriser la santé sexuelle.

Le Canada a établi des lignes directrices et a favorisé l'éducation en matière de santé sexuelle. Il a également encouragé la recherche sur le sujet et a pris des mesures pour lutter contre le VIH et le sida. Le document intitulé *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* représente, pour les cliniciens et les spécialistes de la santé publique, une source inestimable d'information sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des ITS. Des experts en médecine, en soins infirmiers et en santé publique se sont portés volontaires pour assurer la mise à jour des recommandations portant sur les ITS à la lumière des résultats des plus récentes études. Ces mises à jour permettent de mieux cerner les questions actuelles et d'être au fait des dernières découvertes médicales concernant les ITS[168]. De même, les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* offrent de l'information sur les programmes les plus efficaces afin de guider les spécialistes œuvrant dans le domaine de la promotion et de l'éducation sur la santé sexuelle (voir la section intitulée « Favoriser l'éducation sur la santé sexuelle »)[22].

Les données de surveillance sur les maladies à déclaration obligatoire, y compris la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis, sont recueillies à l'aide du Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire[689]. Les provinces et les territoires ont également établi leurs propres systèmes de gestion et d'évaluation[689]. Ces données sont compilées par les services de santé publique et de soins de santé en se basant sur les résultats positifs de test de laboratoire.

Les programmes qui se rattachent ou s'harmonisent à la Stratégie nationale d'immunisation (SNI), une stratégie globale qui vise à combler les besoins actuels et futurs de tous les Canadiens en matière d'immunisation, ont eu une incidence considérable sur

la santé de la population et ont permis de prévenir de nombreuses maladies, y compris celles transmissibles sexuellement[691, 692]. Bien que l'administration de certains vaccins de routine soit devenue la norme depuis des années (par exemple, la rougeole, la rubéole et les oreillons [RRO]), d'autres vaccins recommandés ne sont pas reçus par tous les Canadiens[693]. Toutes les provinces et tous les territoires ont mené des stratégies d'immunisation financées par l'État dans le but de lutter contre le virus du papillome humain (VPH) et le VHB. Ces stratégies visent à protéger les enfants et les jeunes avant même qu'ils soient exposés[167, 694]. Depuis 2007, les jeunes filles de la 4e à la 9e année (selon la province ou le territoire) peuvent recevoir le vaccin contre le VPH[167]. Quant au vaccin contre le VHB, il a d'abord été intégré à un programme universel de vaccination en milieu scolaire, mais certaines provinces et certains territoires l'administrent désormais aux nourrissons dès leur première année de vie[692, 693]. Les programmes d'immunisation en milieu scolaire, qui permettent à tous les élèves d'être vaccinés, sont habituellement offerts à un nombre accru de jeunes et de jeunes adultes au Canada[695].

Le VIH et le sida continue. d'être très préoccupant à l'échelle mondiale. Bien que le nombre de personnes atteintes au Canada soit moins élevé que dans d'autres pays développés comparables, les données sur les comportements sexuels et la prévalence des ITS démontrent que le potentiel de propagation du VIH chez les jeunes au Canada reste une menace[696]. Les jeunes et les jeunes adultes les plus à risque sont les jeunes hommes qui ont des relations sexuelles non protégées avec des hommes, les jeunes de la rue, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables[697].

L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) recommande à ses États membres d'intégrer les objectifs suivants à leurs stratégies de promotion de la santé sexuelle :

- promouvoir la santé sexuelle et éliminer les obstacles susceptibles de nuire à une bonne santé sexuelle;
- offrir une éducation sexuelle globale et complète;
- offrir une éducation, une formation et un soutien aux spécialistes en santé sexuelle;
- assurer l'accès à des services généraux de santé sexuelle;
- promouvoir la recherche et l'évaluation en santé sexuelle et transmettre les connaissances[690].

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada veille à soutenir les mesures pancanadiennes, à suivre l'évolution de la pandémie à l'échelle mondiale et à établir des liens de collaboration afin de s'attaquer aux problèmes à mesure qu'ils se présentent[104]. L'Initiative est menée en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Service correctionnel Canada. Elle représente l'élément central de la vaste stratégie fédérale de lutte contre le VIH/sida et témoigne de l'engagement du Canada à combattre le VIH et le sida, comme le stipule le plan d'action national intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida*[104, 170]. Selon cette initiative, les jeunes forment une des huit principales populations touchées par le VIH et requièrent, de ce fait, des stratégies ciblées[170].

Le Canada participe activement à l'effort mondial de lutte contre le VIH et le sida. Son Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida prévoit d'ailleurs des activités de collaboration internationale dans le cadre desquelles il s'engage à fournir des conseils stratégiques et du soutien technique, à échanger des expériences et de l'information dans le domaine de la santé, à promouvoir le transfert des connaissances au sujet des interventions nationales et internationales et, enfin, à assurer la cohérence stratégique de ses activités internationales de lutte contre le VIH et le sida[169, 698]. Grâce à l'Initiative canadienne de vaccins contre le VIH, le Canada contribue également aux efforts internationaux qui visent à trouver un vaccin contre le VIH qui serait à la fois sécuritaire, efficace, abordable et accessible partout dans le monde[105].

Le Canada s'est engagé à faire respecter les droits et les besoins des personnes qui vivent avec le VIH et le sida ou qui sont à risque de le contracter. Cet engagement l'amène à travailler avec des partenaires étrangers dans le but de mettre fin à la pandémie de le VIH et le sida. À l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, le Canada a approuvé un plan d'action décennal élaboré dans le cadre

de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* et selon lequel les pays signataires conviennent de travailler en collaboration dans le but d'atteindre de grands objectifs en matière de prévention, de soins, de traitement, de soutien, de droits de la personne et de recherche et développement[170]. Le Canada a aussi appuyé l'objectif du millénaire pour le développement qui vise à freiner la progression du VIH et le sida d'ici 2015[170]. Combattre le VIH et le sida exig de s'attaquer à d'importants déterminants de la santé, de prévenir la propagation de la maladie, d'offrir en temps opportun des traitements et des soins efficaces et de contribuer à l'avancement de la recherche[170].

Promouvoir un poids santé et un mode de vie sain

L'embonpoint et l'obésité engendrent des problèmes de santé publique qui sont actuellement en pleine expansion au Canada. Bien que tous les groupes d'âge soient touchés, ces problèmes sont susceptibles d'avoir des répercussions déterminantes sur la santé des jeunes et des jeunes adultes, aujourd'hui et dans l'avenir. Régler les problèmes d'embonpoint et d'obésité exige l'adoption d'un mode de vie sain, notamment en favorisant l'activité physique et une alimentation équilibrée. Deux autres aspects doivent également être pris en considération : l'image corporelle et les troubles de l'alimentation. Même s'il existe un vaste éventail de problèmes et de solutions, l'objectif qu'il faut atteindre à long terme se résume ainsi : maintenir le corps en bonne santé. Or, le poids santé reste une question complexe, puisque certains jeunes et jeunes adultes sont atteints de troubles de l'alimentation, alors que d'autres cherchent à atteindre un idéal de beauté. La section qui suit porte sur l'atteinte d'un équilibre corporel chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada.

Embonpoint et obésité

L'embonpoint et l'obésité représentent un important problème de santé publique que l'on observe dans toutes les régions du pays et dans toutes les couches de la population. Habituellement, les personnes qui pratiquent peu d'activité physique et ont une mauvaise alimentation sont les plus susceptibles de présenter un excès de poids, de développer une maladie connexe et de connaître d'autres problèmes de santé au cours de leur vie[290, 699].

Toutefois, la question est bien plus complexe que la simple atteinte d'un équilibre entre les apports caloriques et l'élimination du surplus. En effet, les prédispositions génétiques ainsi que l'environnement physique et social peuvent également favoriser ou empêcher l'atteinte d'un poids santé[287, 452, 700]. Des changements dans l'offre alimentaire, comme l'absorption de portions plus généreuses et l'accès à une grande variété d'aliments préparés et prêts à manger (souvent bon marché, très sucrés et à forte teneur en gras), ajoutent aux difficultés éprouvées par ceux qui souhaitent maintenir un poids santé[297, 452]. En outre, les environnements physiques et sociaux dans lesquels les Canadiens vivent, s'instruisent, travaillent et s'amusent ont subi de profonds changements. Les déplacements à pied, toujours plus rares dans les quartiers, le marketing alimentaire, la proximité et l'accessibilité des épiceries ainsi que les modes de vie sédentaires ne représentent que quelques exemples de ces nombreux changements.

L'embonpoint et l'obésité figurent également parmi les facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, comme le diabète de type 2, le cancer et les maladies cardiovasculaires[292]. Comme l'indique le chapitre 3, la prévalence du diabète chez les jeunes et les jeunes adultes est plus élevée au sein des Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne[304, 308]. C'est pourquoi Santé Canada a lancé l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), qui est offerte dans plus de 600 collectivités autochtones. Cette initiative vise à soutenir toute une gamme de services de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et de traitement qui sont axés sur la collectivité et adaptés à la culture des Inuit et des membres des Premières nations vivant dans les réserves. Il existe également un volet prévention à l'intention des Métis, des Inuit et des membres des Premières nations vivant à l'extérieur de leurs collectivités traditionnelles[701].

Le contexte socioéconomique, combiné aux habitudes de vie et aux compétences individuelles, a aussi des répercussions importantes sur la qualité de l'alimentation en influençant non seulement la disponibilité des aliments mais aussi les choix personnels[702, 703]. De fait, comparativement aux familles à revenu élevé, les individus et les ménages à faible revenu sont moins susceptibles de consommer des aliments bons pour leur santé et leur bien-être[452].

Des études permettent également d'associer l'insécurité alimentaire et les problèmes de poids[452, 704]. Dans les régions nordiques et éloignées, les aliments sains et nutritifs sont souvent vendus à des prix très élevés. Pour de nombreux ménages à faible revenu, cette réalité vient aggraver le problème d'insécurité alimentaire. Dans cette optique depuis avril 2011, le programme Nutrition Nord Canada vise à rendre les aliments nutritifs périssables plus accessibles dans les collectivités nordiques et éloignées en allongeant la liste d'aliments périssables subventionnés et en encourageant les détaillants à garder ces aliments en stock[705].

Par ailleurs, l'alimentation des parents influe souvent sur les habitudes alimentaires des jeunes. Des études révèlent en effet que les jeunes qui mangent régulièrement à la maison présentent un taux d'embonpoint moins élevé. Ils sont également plus susceptibles de consommer des aliments sains, de recevoir du soutien familial, d'avoir de la facilité à communiquer et d'entretenir des relations harmonieuses avec les membres de leur famille[699].

Toutefois, les jeunes qui vivent en milieu familial ne peuvent pas toujours choisir ou acheter leurs aliments. Les habitudes alimentaires dépendent également des compétences culinaires, du temps consacré à la préparation des repas et du niveau de compréhension de l'étiquetage nutritionnel et de documents tels que *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*[706].

Les publicités qui font la promotion de boissons et d'aliments malsains et qui s'adressent directement aux jeunes et aux jeunes adultes contribuent aux problèmes d'embonpoint et d'obésité[452]. Une étude américaine indique, en effet, que les enfants consomment 45 % plus d'aliments lorsqu'ils sont exposés à la publicité télévisée[707]. De même, les adultes ont davantage tendance à grignoter après avoir vu une publicité de grignotines[707]. Au Québec, il est interdit de présenter à la télévision des messages publicitaires destinés aux enfants de moins de 13 ans. Ailleurs au Canada, la réglementation protège les enfants de moins de 12 ans contre la publicité qui valorise la mauvaise alimentation ou qui présente les grignotines comme un repas en soi[708, 709]. Malgré ces restrictions, les jeunes et les jeunes adultes demeurent la cible du marketing et de la publicité internationale présentée par Internet et par les services de câblodistribution et de télédiffusion par satellite[710]. Pour mieux comprendre ce problème, des chercheurs canadiens étudient l'influence qu'exerce la publicité, diffusée à la télévision et dans Internet, sur les choix alimentaires afin d'en mesurer les effets à l'échelle du pays[711].

Bien manger avec le Guide alimentaire canadien contient des recommandations sur la qualité et la quantité d'aliments qui favorisent le maintien d'une bonne santé et qui réduisent les risques d'obésité et de maladies chroniques liées à l'alimentation[712, 713]. De plus, le gouvernement du Canada a récemment lancé la trousse *Mangez bien et soyez actif*, qui vise à renseigner les enfants, les jeunes et les jeunes adultes sur les bienfaits de l'activité physique, de l'alimentation équilibrée et des choix santé[714]. Le gouvernement du Canada participe, en outre, à des activités de sensibilisation et a notamment pris part à la Campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive, qui a pour but d'aider les Canadiens à comprendre les renseignements nutritionnels et à les utiliser pour faire des choix santé[715]. Il a aussi publié le document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières*

nations, Inuit et Métis, une version adaptée du guide alimentaire traditionnel qui tient compte des besoins des peuples autochtones. Ce document met également l'accent sur l'importance de combiner l'activité physique régulière et une saine alimentation[139].

On sait que l'activité physique a une incidence sur le poids santé. D'ailleurs, plusieurs mesures et stratégies font la promotion de l'activité physique, de la saine alimentation et du poids santé[716]. La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, par exemple, a été lancée en 2005 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en partenariat avec des organismes non gouvernementaux, des organisations autochtones et le secteur privé, dans le but d'améliorer la santé de la population et de réduire, à ce chapitre, les disparités entre les Canadiens[142, 717]. La Stratégie s'adresse à l'ensemble de la population, mais cible également les personnes à risque, les personnes qui promettent un retour élevé sur les investissements (comme les enfants et les jeunes) ainsi que les personnes qui vivent dans des collectivités isolées, rurales ou autochtones[142]. Elle s'est donné pour objectif d'augmenter de 20 %, d'ici 2015, la proportion de Canadiens qui sont physiquement actifs, qui s'alimentent sainement et qui maintiennent un poids santé[142]. En septembre 2010, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé du Canada (sauf celui du Québec) ont approuvé les documents suivants : *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité; Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain* et *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*[142, 452, 718]. Ces stratégies s'intéressent à l'obésité des enfants au Canada et établissent, pour les dix prochaines années, les programmes et les mesures de prévention destinés aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans[452]. Elles s'harmonisent avec la nouvelle Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains ainsi qu'avec la *Déclaration sur la prévention et la promotion*[142]. De son côté, l'Agence de la santé publique du Canada encourage l'adoption d'un mode de vie sain en faisant la promotion des nouvelles lignes directrices sur l'activité physique de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE)[719]. Ces lignes directrices, publiées en janvier 2011, fournissent de l'information sur les activités physiques qui favorisent une bonne santé, en précisant l'intensité et la fréquence[719]. Par exemple, pour produire des bienfaits mesurables sur la santé, on recommande aux jeunes adultes âgés de 18 ans et plus de faire 150 minutes (ou 2,5 heures) d'activité physique modérée à intense par semaine et aux enfants et aux jeunes âgés de 5 à 17 ans d'en faire environ 60 minutes[720].

Par ailleurs, Sport Canada travaille en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations sportives canadiennes, les organismes de services multisports, les centres canadiens multisports et d'autres organisations afin d'encourager les Canadiens à participer à des activités sportives. Les mesures et les stratégies qu'il finance visent à favoriser la participation sportive des enfants et des jeunes et, en particulier, celle des jeunes filles et des femmes, des personnes handicapées, des familles à faible revenu, des jeunes à risque, des minorités visibles et des peuples autochtones[136, 721]. Il a également offert son soutien à des projets menés par des organismes non gouvernementaux, tels que le programme Bon départ de la Fondation Canadian Tire[722]. Ce programme aide à couvrir les frais d'inscription, le coût de l'équipement ou les frais de transport dans le but de permettre aux enfants et aux jeunes de participer à des activités sportives ou à des loisirs organisés. Depuis 2005, ce programme a aidé financièrement plus de 330 000 enfants[723]. ParticipACTION, un organisme à but non lucratif financé par Sport Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, est devenue la voix de l'activité physique et de la participation sportive au Canada[722]. Par l'entremise de la communication, du renforcement des compétences et de l'échange de connaissances, ParticipACTION sensibilise les jeunes à une vie saine et active[135, 722].

Depuis janvier 2007, le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants permet aux parents de recevoir un crédit d'impôt d'une valeur maximale de 500 $ par année pour couvrir les dépenses admissibles liées aux activités physiques et sportives des enfants de moins de 16 ans[133, 134]. Bien que le crédit d'impôt offre une aide aux familles, il ne profite pas réellement aux ménages à faible revenu, qui ne peuvent assumer les coûts associés aux activités organisées. Les familles les plus défavorisées sont donc moins susceptibles de tirer avantage de cette mesure fiscale[724]. Même si le crédit d'impôt n'est pas conçu pour répondre au problème complexe d'obésité,

il s'agit néanmoins d'une mesure incitative de nature à encourager les enfants et les jeunes à être actifs et à maintenir un poids santé[134, 724, 725].

Les stéréotypes négatifs dont sont victimes les personnes atteintes d'embonpoint ou d'obésité peuvent influer sur leur santé mentale à court et à long terme en minant leur estime de soi[726]. Vu l'importance que la société accorde à l'apparence physique, tous les Canadiens, y compris les jeunes et les jeunes adultes, peuvent devenir insatisfaits de leur apparence ou se sentir obligés d'atteindre un idéal de beauté (en prenant parfois des mesures extrêmes pour y parvenir). Les efforts visant à lutter contre l'embonpoint et l'obésité doivent faire abstraction du poids et de l'apparence, et cibler plutôt l'adoption de comportements sains et la recherche d'un équilibre. Fait surprenant : les stéréotypes négatifs émanent souvent des spécialistes de la santé et des membres de la famille[726, 727]. Par conséquent, promouvoir une image corporelle saine et un poids santé constitue un défi de taille en santé publique, peu importe la culture, l'origine ethnique, la situation socioéconomique et le genre[452, 728]. Dans bien des cas, la stigmatisation et les stéréotypes négatifs liés à l'apparence corporelle peuvent contribuer au problème de poids (voir la section intitulée « Image corporelle et troubles de l'alimentation »)[726, 727].

Health at Every Size (HAES) est une initiative axée sur la santé qui remet en question l'obsession de la société pour la perte de poids et les régimes miracles et met plutôt l'accent sur la santé et les modes de vie sains par le respect du corps[729, 730]. L'objectif est de favoriser l'acceptation de soi et le respect de la taille et de la forme de son corps tout en valorisant le plaisir de manger à sa faim et de satisfaire son appétit[729, 731, 732]. HAES part du principe que le poids n'est pas un déterminant de la santé, puisque des personnes de tailles différentes peuvent toutes être en bonne santé. Cette approche, défendue par des chercheurs et des spécialistes de la santé dans le monde entiers, aurait contribué à améliorer certains paramètres physiologiques (comme la pression sanguine), à modifier les comportements par rapport à la santé (comme l'activité physique et les habitudes alimentaires) et à apporter des effets psychologiques bénéfiques (sur l'humeur, l'estime de soi et l'image corporelle). Globalement, cette approche aurait obtenu de meilleurs résultats que les traitements traditionnels pour perdre du poids[731, 733, 734].

Le milieu bâti peut également avoir une incidence sur le mode de vie des jeunes et des jeunes adultes[735]. Tel qu'il a été discuté dans le présent chapitre, sous la section « Collectivités en santé », les milieux de vie qui favorisent les transports et les loisirs actifs et qui donnent accès à des installations récréatives et à des aliments abordables et nutritifs peuvent avoir une incidence positive sur la santé des Canadiens[736]. Étant donné que tout le monde n'a pas les mêmes intérêts pour les sports organisés, il faudrait faciliter l'accès à d'autres types d'activité physique, comme la marche, le vélo, le jeu ou la randonnée pédestre[735].

Un peu partout au Canada, des investissements substantiels sont réalisés pour améliorer les environnements physiques et ainsi encourager les modes de vie sains. Le programme Chantiers Canada offre un financement à long terme aux provinces, aux territoires et aux collectivités afin d'appuyer l'aménagement d'installations sportives intérieures et extérieures et de promouvoir le transport actif, comme la marche, le vélo et le patin à roues alignées[737, 738]. Tous les ordres de gouvernement jouent un rôle important dans la lutte contre l'excès de poids chez les jeunes et les jeunes adultes. Les différents intervenants doivent donc collaborer afin de promouvoir l'activité physique, l'alimentation équilibrée et le poids santé. D'autres travaux de recherche seraient toutefois nécessaires pour bien comprendre l'incidence des déterminants de la santé sur le poids des jeunes et des jeunes adultes au Canada et permettre aux intervenants d'intégrer à leurs programmes des renseignements fondés sur des faits démontrés. Bien que de nombreuses mesures soient déjà en place, il reste encore beaucoup à faire pour régler les problèmes de poids, tout particulièrement au sein des populations à risque, comme les Inuit, les membres des Premières nations et les familles en situation socioéconomique précaire[452, 725].

Image corporelle et troubles de l'alimentation

De saines habitudes alimentaires contribuent à la santé physique et au bien-être des jeunes et des jeunes adultes en réduisant le risque de maladie, en renforçant

les muscles et les os, en redonnant des forces et en favorisant le maintien d'un poids santé[713, 739]. La société véhicule une quantité de messages sur le poids et l'alimentation[740, 741]. Vu l'importance que celle-ci accorde à l'apparence physique, les adolescentes, en particulier, peuvent devenir insatisfaites de leur apparence ou se sentir obligées d'atteindre un idéal de beauté[739, 740, 741]. Certaines subissent la pression de leur famille pour perdre du poids, alors que d'autres se sentent préoccupées par leur apparence physique et adoptent, à la maison, de mauvais comportements liés à l'alimentation[740-742].

Bien que les femmes attachent généralement plus d'importance à leur apparence que les hommes, ceux-ci sont également exposés à des images fabriquées et sentent de plus en plus qu'ils doivent se conformer à une image corporelle idéale[743]. Les hommes ont tendance à associer leur beauté à leur masse musculaire et à la forme de leur corps[743, 744]. Des études révèlent que leur insatisfaction à l'égard de leur corps peut conduire à des difficultés d'adaptation psychologique, à des troubles de la conduite alimentaire (alimentation compulsive, boulimie, anorexie et peur de la difformité), à l'utilisation de stéroïdes et à la dépendance à l'exercice physique[743, 745]. Les troubles de l'alimentation et la dépendance à l'exercice peuvent passer inaperçus chez les garçons et les jeunes hommes, car l'exercice et la fréquentation d'un centre de conditionnement physique font partie des pratiques culturelles acceptables[745]. Par conséquent, de nouvelles recherches s'imposent dans le domaine afin de cerner les tendances des troubles de l'alimentation chez les garçons et les jeunes hommes, d'en évaluer la prévalence et d'en reconnaître les symptômes dans le but d'élaborer des programmes plus ciblés[746, 747].

La télévision et les médias imprimés exposent les jeunes hommes et les jeunes femmes à des images corporelles irréalistes. Dans cette ère de l'image, du maquillage et des manipulations numériques, bon nombre des traits esthétiques recherchés sont retouchés ou même créés artificiellement. Des études soutiennent que les médias jouent un rôle non négligeable dans l'insatisfaction que les jeunes et les jeunes adultes éprouvent à l'égard de leur corps. Chez certains, cette insatisfaction peut entraîner une diminution de l'estime de soi et conduire à l'adoption de pratiques alimentaires néfastes[748-750]. Des programmes d'initiation aux médias pourraient aider les jeunes et les jeunes adultes à se forger une image de soi plus favorable[751].

Par ailleurs, les jeunes et les jeunes adultes accordent beaucoup d'importance aux amitiés. Les relations d'amitié influent souvent sur la perception qu'une personne a d'elle-même et sur les habitudes alimentaires qu'elle adopte. De fait, la communication avec les pairs renforce souvent le message négatif voulant que la minceur et un faible poids corporel soient synonymes de beauté[752, 753]. L'adoption de régimes alimentaires stricts au sein du milieu familial peut également accroître le risque de développer une image corporelle négative. En effet, il semble que l'attitude des parents par rapport à l'alimentation, à l'image corporelle et au poids a une incidence sur la perception que les adolescents ont de leur propre corps[754, 755].

Bien que les troubles de l'alimentation soient considérés comme un problème de santé mentale, des facteurs génétiques et biologiques pourraient prédisposer certaines personnes à adopter de mauvaises habitudes alimentaires. Des facteurs de risque liés à la personnalité ou à l'environnement social et culturel, l'insatisfaction corporelle, l'adoption de régimes alimentaires restrictifs et le recours à la nourriture pour faire face au stress pourraient également contribuer aux troubles de l'alimentation[740, 728, 756]. En effet, ces facteurs de risque sont connus pour influer sur le comportement des adolescents à la recherche d'un corps « parfait »[728, 742, 756]. Les troubles de la conduite alimentaire peuvent se traduire par une consommation excessive ou insuffisante de nourriture (comme les régimes restrictifs, l'alimentation compulsive ou les pratiques purgatives), alors qu'une alimentation normale vise avant tout à combler la faim[728]. Les comportements pathologiques et les mauvaises habitudes alimentaires sont liés aux troubles de l'alimentation[728]. Ces troubles complexes se caractérisent par une perception déformée de son image corporelle et par des problèmes d'identité, de concept de soi et d'estime de soi. Chez certaines femmes, ces perceptions se traduisent par une obsession de la nourriture, un sens aigu de l'autocritique ainsi que par des pensées et des sentiments négatifs au sujet de leur poids et de leur corps[740, 728, 742].

Les troubles de l'alimentation peuvent être difficiles à détecter et à diagnostiquer, particulièrement dans le contexte social actuel où la performance, les régimes alimentaires et les sports sont perçus comme étant normaux et où la minceur et l'insuffisance pondérale sont difficilement vues comme des problèmes de santé[756-758]. Le diagnostic précoce est important pour un traitement efficace des troubles de l'alimentation, qui peuvent être soignés par des traitements psychologiques et médicaux adaptés aux besoins du patient[728]. Les traitements comprennent souvent des soins médicaux individuels, des médicaments, des conseils en nutrition et des traitements de psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe[759].

La promotion du poids santé requiert la collaboration de tous les secteurs et de tous les ordres de gouvernement[452]. De nombreux facteurs contribuent aux troubles de l'alimentation chez les jeunes et les jeunes adultes, et ces facteurs ne peuvent pas être changés immédiatement. D'autres études doivent être menées pour mesurer les répercussions à long terme des troubles de l'alimentation chez les adolescents et mieux comprendre les conséquences des régimes alimentaires sur leur croissance. De plus, les différents facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux doivent être pris en considération pour créer des milieux de vie qui aideront les Canadiens à faire des choix santé[452].

Les personnes qui sont régulièrement en contact avec les jeunes et les jeunes adultes (par exemple, les familles et les enseignants) doivent être formées pour pouvoir détecter les comportements et les symptômes typiques d'un trouble de la conduite alimentaire, et ce, avant que les troubles de l'alimentation se développent. Il serait également essentiel de reconnaître les responsabilités de la collectivité dans la promotion de saines images corporelles. En effet, la société doit investir des efforts pour faire comprendre aux jeunes et aux jeunes adultes que l'estime de soi n'est pas une question d'apparence physique. Il faudrait également leur apprendre à faire des choix santé et à prendre de bonnes décisions au sujet des aliments qu'ils consomment en les amenant à se concentrer davantage sur une saine alimentation plutôt que sur la nourriture et le poids. Les programmes d'initiation aux médias pourraient également aider les jeunes et les jeunes adultes à se forger une image plus positive d'eux-mêmes[728, 751].

La consommation et l'abus de substances nocives

Le Canada a réussi à réduire le tabagisme et à limiter ses conséquences néfastes sur la santé. Par ailleurs, les Canadiens âgés de 15 ans et plus sont nombreux à boire de l'alcool, mais la plupart le font avec modération (voir le chapitre 3)[364, 760, 761]. Cependant, comparativement à d'autres groupes d'âge, les jeunes et les jeunes adultes au Canada sont plus susceptibles de consommer des substances nocives et de le faire de façon abusive[343, 364, 762].

On tient souvent pour acquis que la consommation et l'abus de substances nocives reposent sur un manque d'information ou une mauvaise compréhension des conséquences à court et à long terme. Des études démontrent toutefois que la consommation de substances nocives est un phénomène plus complexe qui résulte souvent d'une accumulation de facteurs de risque fortement liés les uns aux autres et qui touche aussi bien la situation familiale, le cercle d'amis, le milieu scolaire que les déterminants socioéconomiques[763]. Par conséquent, le passage de la consommation à l'abus (c'est-à-dire la surconsommation et la dépendance) est bien souvent le résultat de différents facteurs.

- Risques individuels : Alors que, par le passé, les hommes étaient plus portés que les femmes à consommer des substances nocives, de récentes études révèlent que, comparativement aux générations qui les ont précédées, les femmes d'aujourd'hui sont plus susceptibles de boire de façon excessive, de se soûler, de fumer et de consommer des drogues licites ou illicites.
- Situation familiale : Une histoire familiale marquée par de mauvaises compétences parentales, une faible supervision, des rapports parent-enfant inadéquats, des conflits familiaux, des mauvais traitements ou des antécédents de consommation sont autant de facteurs susceptibles de contribuer à la consommation et à l'abus de substances nocives.
- Cercle d'amis : Si certains jeunes consomment des substances nocives sous la pression de leurs pairs, d'autres choisissent justement de côtoyer des jeunes qui appartiennent à ce milieu et qui partagent ce type de valeurs. Un groupe peut établir des pratiques de consommation qui deviennent la norme dans certains milieux.

- Milieu scolaire : De piètres résultats scolaires en bas âge (un rendement scolaire inadéquat, un faible maîtrise de la lecture, des difficultés à résoudre des problèmes, un faible niveau de participation sociale et un manque de relations interpersonnelles) ainsi que l'incapacité à adapter sa conduite en fonction des consignes peuvent avoir une incidence sur les comportements et les choix de vie.
- Milieu communautaire : Le milieu de vie peut créer des conditions favorables à la consommation de substances nocives, selon la disponibilité des drogues licites et illicites, le niveau d'acceptation sociale ainsi que les valeurs et les normes qui y prédominent[343, 783].

Les milieux scolaires et communautaires jouent un rôle actif dans la lutte contre la consommation et l'abus de substances nocives. Toutefois, le succès limité qu'ils connaissent démontre la nécessité d'une meilleure coopération[343]. Sur le plan de la santé publique, une approche à quatre volets est souvent utilisée pour aborder la question : la prévention, le traitement et la réadaptation, l'application des lois et des règlements et la réduction des méfaits causés par la consommation de substances nocives[343].

- La prévention permet d'éviter – ou du moins de retarder ou de réduire – la consommation de substances nocives[343]. Des méta-analyses montrent que ces activités sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre en bas âge, avant qu'il y ait consommation. De nombreux programmes de grande envergure adoptent une approche axée sur la prévention, appelée Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue, qui compte sur les services de police pour présenter de l'information crédible aux jeunes et aux jeunes adultes afin de les aider à résister à la tentation de consommer[343, 431]. Cependant, les évaluations ont révélé que, même si les participants retiennent l'information qui leur est fournie, cette connaissance ne prévient pas réellement la consommation. Les activités de prévention ont davantage de chances de réussir lorsqu'elles misent sur le développement sain et la résilience (renforcement des acquis). Le fait d'avoir des parents attentionnés qui s'engagent activement dans le milieu scolaire et communautaire est généralement reconnu comme un facteur de protection[343].
- Même si l'objectif ultime est de prévenir les risques d'abus, on sait que les traitements et la réadaptation peuvent réorienter les personnes qui adoptent un comportement à risque. Le succès des programmes de traitement repose sur la collaboration et le soutien de tous les intervenants. En effet, des études démontrent que les interventions les plus efficaces sont celles qui ciblent les besoins et les motivations des jeunes, qui soutiennent les familles et les collectivités et les intègrent au processus de traitement et qui offrent toute une gamme de services après le traitement[343]. Les stratégies adoptées seront plus ou moins complexes selon la substance consommée, l'engagement des organismes participants et la possible incompatibilité entre les questions légales et les valeurs morales. Toutefois, l'efficacité des traitements est souvent compromise par l'incapacité des personnes en cause de s'entendre sur les objectifs à poursuivre. De plus, la nature même de ce qui est efficace et acceptable varie selon la population. Par exemple, les programmes de traitement et de réadaptation qui intègrent les pratiques traditionnelles et les cercles de guérison semblent prometteurs auprès des jeunes autochtones[343].

- L'application des lois et des règlements est une approche multisectorielle qui vise l'établissement d'un milieu sain et sécuritaire pour l'ensemble de la société. Elle permet non seulement de contrer les activités et les comportements criminels, mais également d'établir une politique de tolérance zéro, particulièrement dans les écoles et les lieux publics[343, 764].
- La réduction des méfaits est une approche utilisée en santé publique pour prévenir les effets secondaires (maladie, surdose, décès) des comportements à risque, comme la consommation d'alcool et de drogues chez les personnes dépendantes ou chez celles en attente d'une rééducation[765-768]. Cette stratégie est fondée sur le principe que la consommation de drogues existe, que certains consommateurs ne peuvent s'arrêter ou ne sont pas prêts à le faire et que, entre-temps, des mesures doivent être mises en place afin de réduire les risques de méfaits tant pour le consommateur que pour la collectivité[343, 766, 767, 769, 770]. À l'échelle mondiale, cette approche est principalement centrée sur la prévention du VIH et le sida. Divers organismes, comme l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), reconnaissent l'importance de réduire les effets négatifs dans le cadre d'une vaste lutte contre la consommation de drogues et les maladies infectieuses[768, 771-773]. Une telle intervention mise sur l'abstinence, l'application de la loi, l'éducation, la prévention des maladies, la distribution de condoms, le contrôle des infections, la surveillance des maladies, le dépistage et le traitement[774].

Les Canadiens ont un intérêt immédiat à résoudre les problèmes causés par l'abus de substances nocives. En 2002, les coûts (liés à la santé, à l'application de la loi et à la perte de productivité) engendrés par l'abus de substances nocives étaient estimés à 39,8 milliards de dollars au Canada (le tabagisme représentait 43 % du coût, l'alcool, 37 % et les drogues illégales, 21 %)[775]. Les avantages que l'on peut retirer à encourager et à offrir des traitements adéquats sont, par conséquent, énormes. Une étude réalisée au Royaume-Uni, la *National Treatment Outcome Research Study*, révèle en effet que chaque livre sterling dépensée pour prévenir l'abus de drogues permet d'épargner environ trois livres sterling en coûts associés à la justice pénale[776].

Bien qu'il y ait beaucoup de similitudes entre la consommation et l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances nocives, ils seront abordés séparément dans les pages qui suivent afin de bien illustrer chacune des problématiques et d'éviter de comparer les comportements qui peuvent être légaux et socialement acceptables et ceux qui sont illégaux. Par exemple, si, dans la plupart des provinces et des territoires, les personnes âgées de 19 ans et plus ont l'âge légal de consommer de l'alcool, la consommation de drogues illicites est toujours illégale, peu importe l'âge. Les contextes varient donc d'un cas à un autre, bien que certaines approches soient similaires. La discussion qui suit présente des interventions utilisées dans les trois cas suivants :

- la consommation et l'abus de drogues;
- la consommation et l'abus d'alcool, et la consommation d'alcool pendant la grossesse;
- les initiatives de lutte contre le tabagisme.

Consommation et abus de drogues

La Stratégie nationale antidrogue constitue l'approche globale du gouvernement du Canada pour s'attaquer à la consommation de drogues illicites partout au pays. Lancée en 2007, la Stratégie est un travail de collaboration auquel participent le ministère de la Justice du Canada, Sécurité publique Canada et Santé Canada. Elle vise à établir des collectivités plus sécuritaires et en meilleure santé en réduisant la consommation de drogues illicites au Canada, tout en contribuant à leur élimination. La Stratégie met de l'avant trois plans d'action : la prévention de la consommation de drogues illicites, le traitement des dépendances et la lutte contre la production et la distribution de drogues illicites[764, 774, 777, 778].

- Le Plan d'action en matière de prévention est destiné aux jeunes. Il vise à aider les collectivités à relever les défis futurs et à fournir de l'information à l'intention des parents, des éducateurs et des spécialistes de la santé. Il propose des outils de sensibilisation en milieu scolaire et met de l'avant une campagne de sensibilisation nationale qui

s'adresse aux élèves du primaire et du secondaire ainsi qu'à leurs parents[338, 764, 779].

- Le Plan d'action en matière de traitement encourage les approches novatrices axées sur le traitement et la réadaptation, améliore les soins offerts aux Inuit et aux membres des Premières nations et offre un traitement aux jeunes contrevenants. Il permet, par ailleurs, à la Gendarmerie royale du Canada d'orienter les jeunes ayant des problèmes de consommation de drogues vers des programmes de traitement appropriés[338, 764, 780].
- Le Plan d'action en matière d'application de la loi vise à combattre le crime par l'application de la loi, à enquêter sur les crimes de drogue, à poursuivre en justice les personnes accusées de ces crimes, à appuyer et élargir les enquêtes antidrogue de la Gendarmerie royale du Canada et à accroître les capacités des administrations en matière d'enquête et d'inspection[764, 777, 781].

La campagne de sensibilisation, Odroguepourmoi, utilise le cinéma, la télévision et Internet (par exemple, Facebook et YouTube) pour renseigner les jeunes sur les effets de la drogue et leur montrer comment dire non. Le site Web Odroguepourmoi a reçu plus de 791 000 visites, et les annonces diffusées sur YouTube ont été visionnées plus de 208 000 fois en un peu plus d'une année. Le site Facebook, quant à lui, compte plus de 67 000 adeptes. La stratégie Odroguepourmoi tire profit de la popularité des médias sociaux et, grâce à des idées originales et à l'utilisation judicieuse des outils de communication, favorise la participation des jeunes à cet important enjeu de santé[782]. Des recherches supplémentaires seraient toutefois nécessaires pour évaluer l'efficacité réelle des médias sociaux à joindre les jeunes et les jeunes adultes.

La Stratégie nationale antidrogue aide également les collectivités, les provinces et les territoires à cibler les populations à risque, notamment grâce aux mesures suivantes :

- le financement de mesures de prévention et de promotion de la santé pour réduire la consommation de drogues illicites chez les jeunes et les jeunes adultes de 10 à 24 ans grâce au Fonds des initiatives communautaires[783];
- l'appui au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones afin d'améliorer les soins et le soutien offerts aux populations autochtones[784];
- la collaboration avec les provinces et les territoires pour combler les lacunes observées dans les systèmes et les services de traitement des dépendances par l'entremise du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie[785].

La réduction des méfaits n'est plus traitée comme un élément distinct de l'approche du gouvernement du Canada[774, 786]. En fait, elle a été intégrée aux trois autres volets de la Stratégie : l'application de la loi, la prévention et le traitement. Le gouvernement du Canada met la priorité sur le soutien et le traitement des dépendances de manière à aider les toxicomanes à demeurer sobres[764, 774, 786]. D'ailleurs, dans le domaine de la santé publique, la promotion de l'abstinence et l'accès facilité aux traitements s'harmonisent avec les objectifs de la Stratégie nationale antidrogue[774, 786]. À ce titre, le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada consiste à :

- répondre aux besoins des populations à risque en matière de santé;
- déterminer et comprendre les types d'infections et de comportements à risque grâce à l'épidémiologie et à la surveillance de routine (Surveillance accrue des jeunes de la rue du Canada [SAJR], vaccins contre l'hépatite B, hépatite C et le VIH et le sida);
- échanger et mettre en application les connaissances acquises afin que les programmes et les politiques s'appuient sur des faits démontrés;
- donner aux collectivités les moyens de trouver des solutions (par exemple, grâce au Programme d'action communautaire sur le sida, au Fonds pour les projets sur le VIH et le sida des communautés hors-réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis et au Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C)[774, 786].

Certaines administrations intègrent des méthodes de réduction des méfaits à leurs stratégies antidrogue. Par exemple, la stratégie antidrogue de Vancouver inclut, outre les volets prévention, traitement et application de la loi, la réduction des méfaits[787]. Le Centre d'excellence

pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique a mené récemment une étude rétrospective sur les décès par surdose avant et après l'ouverture du centre d'injection supervisé de Vancouver. Cette étude a permis de constater une réduction de 35 % du nombre de décès par surdose dans la région[788].

La recherche sur les programmes en cours met toutefois en évidence les lacunes qui existent dans la lutte contre l'abus de substances nocives et cerne les domaines où les investissements sont le plus susceptibles d'avoir des effets bénéfiques sur les individus, les collectivités et les familles. Elle a indiqué, entre autres, qu'il serait profitable d'investir dans l'élaboration de programmes adaptés en fonction de l'âge, dans la collecte de nouvelles données de recherche, dans l'évaluation des mesures et des stratégies actuelles ou à venir ainsi que dans le perfectionnement des connaissances et des compétences de ceux qui travaillent avec les jeunes et les jeunes adultes qui sont ou ont déjà été vulnérables à la consommation ou à l'abus de substances nocives[343].

Les programmes adaptés en fonction de l'âge utilisent généralement deux types d'approches : fournir aux enfants de l'information et des interventions ciblées, puis intervenir auprès des jeunes grâce à des stratégies et des mesures adaptées à leur âge[789]. Les interventions précoces permettent aux enfants d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer des choix de vie sains. Elles permettent, en outre, de prévenir une initiation précoce à la consommation de substances nocives et de cibler rapidement les facteurs de risque, comme les difficultés scolaires et sociales, les problèmes d'abus et les troubles psychologiques. Par ailleurs, pour être efficaces, les programmes destinés aux jeunes doivent être adaptés à leurs besoins et cibler leurs intérêts, leurs activités et leurs valeurs, en plus de les informer sur les substances nocives les plus consommées[343, 789]. On sait que les programmes destinés aux adultes ne conviennent pas aux jeunes ni aux jeunes adultes qui vivent une transition différée. Pour cette raison, les mesures de lutte contre la consommation et l'abus de substances nocives chez les jeunes et les jeunes adultes devront peut-être dépasser les limites de ce qui peut être considéré comme un programme s'adressant strictement aux jeunes[343, 789].

Bien que les programmes en milieu scolaire puissent être efficaces pour certains, les consommateurs les plus à risque sont généralement moins portés à fréquenter l'école de façon régulière et sont donc moins susceptibles de répondre positivement aux messages grand public[343]. Quoi qu'il en soit, les meilleures pratiques instaurées en milieu scolaire font intervenir plusieurs facteurs.

- Choix du moment et pertinence du programme : Les leçons doivent être coordonnées et pertinentes. De plus, les interventions ont de meilleures chances de réussir si elles sont mises en œuvre avant que les élèves adoptent des comportements à risque et si elles proposent un suivi pour renforcer les comportements positifs.
- Contenu contextuel : En participant à l'élaboration de stratégies de prévention, les jeunes et les jeunes adultes apportent un point de vue différent. Cette approche leur permet d'obtenir une information précise basée sur leur expérience, de mieux comprendre le problème de consommation de substances nocives et de trouver des façons de le régler. En adoptant le point de vue des jeunes, elle tient compte de leurs habiletés, leurs activités et leurs connaissances et, par conséquent, se révèle plus fructueuse qu'une démarche axée uniquement sur la non-consommation.
- Formation : Le milieu scolaire devrait offrir une formation professionnelle plus poussée sur les drogues et les programmes interactifs[343, 789].

Les interventions qui mettent l'accent sur la consommation d'alcool, telles que le *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* (SHAHRP), ont obtenu un certain succès en milieu scolaire (voir l'encadré intitulé « Le *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* »).

Les spécialistes qui travaillent auprès des jeunes, ou dans le cadre de mesures qui s'adressent aux jeunes, représentent souvent le premier point de contact et sont, de ce fait, les mieux placés pour repérer rapidement les personnes à risque[343]. Les jeunes côtoient également des fournisseurs de soins et de services sociaux qui peuvent les encourager à faire des choix sains, leur fournir des conseils ou les diriger vers d'autres spécialistes. Par conséquent, les programmes d'éducation qui s'adressent aux adultes en contact avec des jeunes devraient être

Le School Health and Alcohol Harm Reduction Project

Le *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* (SHAHRP) est une étude longitudinale menée dans le but de réduire les méfaits de l'alcool sur la santé par l'entremise de leçons en classe[790]. Sur une période de quatre ans, le *National Drug Research Institute* de l'Australie a ciblé des élèves âgés de 13 et 14 ans dans 14 écoles de Perth, en Australie. Le but de l'étude consistait à réduire les problèmes de santé chez les élèves qui consomment de l'alcool, ainsi que les méfaits auxquels s'exposent ceux qui ne consomment pas d'alcool, mais qui subissent l'influence de ceux qui en abusent[790, 791]. Les leçons sont données en trois phases : huit leçons la première année, cinq leçons de rappel l'année suivante et quatre autres leçons deux ans plus tard[790]. Les leçons sont divisées en sous-activités de manière à permettre la présentation de l'information, la consolidation des compétences, la prise de décisions individuelles et de groupe ainsi que les discussions fondées sur des scénarios[791].

Une étude de suivi après un an a montré que le projet SHAHRP a eu un effet statistiquement significatif sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés à l'alcool. À la fin de l'étude, les élèves ayant participé au projet avaient réduit leurs comportements à risque liés à la consommation d'alcool[791]. Les résultats révèlent, par ailleurs, que les élèves sont plus réceptifs lorsque le message intègre des expériences vécues par certains d'entre eux[791]. Cela était particulièrement vrai pour les élèves qui avaient déjà consommé de l'alcool et qui, jusqu'ici, étaient rarement touchés par les interventions qui prônaient la non-consommation ou le report de la première expérience de l'alcool[791]. L'étude a montré que le projet, qui ne conseille pas uniquement l'abstinence ou le report de consommation, a néanmoins permis de réduire davantage la consommation d'alcool que les programmes en classe ou les programmes généraux qui s'en tiennent à ces deux aspects. Compte tenu des conclusions de l'étude, le programme a été appliqué à plus grande échelle en Australie[792].

offerts à grande échelle et inclure un volet sur les facteurs de risque liés à la consommation de substances nocives, sur les stratégies d'évaluation et d'intervention ainsi que sur les ressources mises à la disposition des jeunes, de leurs familles et des autres adultes de leur entourage. Une bonne connaissance des facteurs de risque et des facteurs de protection est essentielle pour répondre aux besoins immédiats et prévenir les problèmes[343].

Consommation d'alcool

De nombreux jeunes et jeunes adultes au Canada présentent une consommation d'alcool à risque, ce qui entraîne des effets immédiats et à long terme sur leur santé et leur bien-être. La consommation abusive d'alcool et la consommation excessive occasionnelle peuvent affaiblir le jugement et, par conséquent, entraîner des comportements encore plus dommageables (voir le chapitre 3 pour d'autres renseignements à ce sujet). La consommation excessive d'alcool à court et à long terme peut causer des intoxications, des maladies et des blessures et mener à des comportements sexuels à risque, à des voies de fait et même à la mort[343, 365, 366, 793, 794].

Pour contrer la consommation et l'abus d'alcool, les interventions les plus efficaces sont celles de grande envergure, destinées à l'ensemble de la population, et qui visent à améliorer l'accès aux programmes, à fournir de l'information et à favoriser l'adoption de comportements sains. Un examen systématique de 32 interventions liées à l'alcool a été mené en se fondant sur quatre grands critères : leur efficacité, la qualité des résultats obtenus, leur pertinence culturelle et les coûts liés à leur mise en œuvre et à leur maintien[795]. L'établissement d'un âge minimal pour la consommation d'alcool, les mesures de contrôle et de restriction concernant la vente d'alcool aux mineurs, l'imposition de taxes sur l'alcool, la réduction du taux légal d'alcoolémie, l'émission de permis d'apprenti conducteur et la suspension du permis de conduire constituent quelques-unes des interventions qui ont donné les meilleurs résultats[789, 795, 796]. La majorité d'entre elles visent les jeunes et les jeunes adultes plutôt que le reste de la population. De même, les vastes campagnes d'éducation et de sensibilisation constituent un moyen efficace de s'attaquer aux problèmes de consommation d'alcool, tels que la consommation excessive

occasionnelle[789, 795]. Le but de ces campagnes et initiatives est de faire comprendre aux jeunes et aux jeunes adultes les risques et les méfaits associés à la consommation excessive d'alcool, de leur apprendre à reconnaître les situations où leurs pairs ont besoin d'aide et de leur montrer comment agir, le cas échéant (par exemple, reconnaître les signes d'une intoxication alcoolique)[795, 797].

L'OMS a adopté, en 2010, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, qui reconnaît que la consommation d'alcool est un important problème de santé publique à l'échelle mondiale. La Stratégie établit des liens entre tous les facteurs qui influent sur la santé et les comportements liés à la consommation d'alcool. Elle insiste sur l'importance de réduire les inégalités en matière de santé en s'attaquant aux comportements à risque[796]. Les mesures qu'elle préconise nécessitent une solide coordination entre toutes les administrations (y compris les administrations à l'étranger) et doivent fournir de l'encadrement, cibler les populations à risque (notamment les jeunes), renforcer les partenariats et les réseaux de soutien, faire un suivi des méfaits causés par l'alcool, réaliser des évaluations et communiquer les résultats[796].

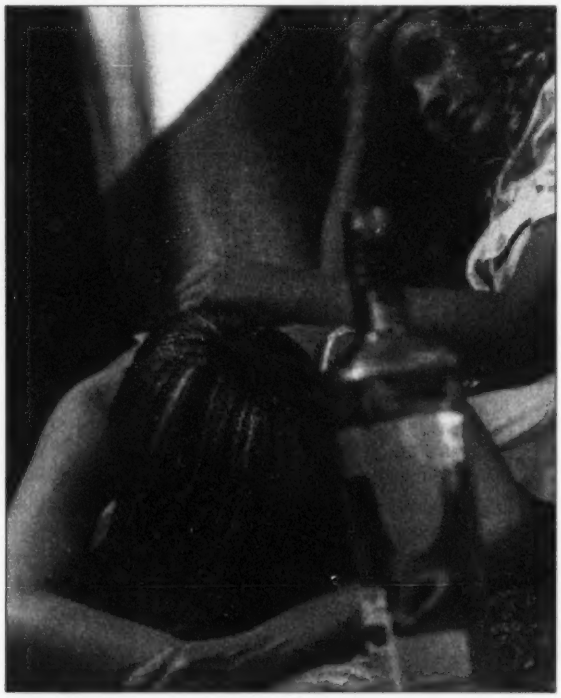
Prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse

Le soutien et les soins prénataux continuent d'avoir des effets positifs sur la santé des femmes enceintes et des nourrissons au Canada. En effet, ces mesures permettent aux femmes de faire des choix judicieux en évitant, par exemple, certains comportements à risque, comme la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement[50, 368, 798-800]. Ces succès sont largement attribuables aux services de soins prénataux et de dépistage, aux campagnes pour une grossesse en santé ainsi qu'à d'autres stratégies d'éducation préventive[798-801]. Toutefois, certaines femmes enceintes ne reçoivent toujours pas le soutien et les soins requis pour assurer le sain développement de leur enfant. Cette situation peut être le résultat de conditions socioéconomiques défavorables, d'un manque d'information, d'un accès difficile ou limité à des renseignements sur la santé et à des services de soutien et de l'interaction possible avec d'autres comportements à risque adoptés par les femmes enceintes ou par leur partenaire (comme le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire)[802]. Cependant, les femmes qui sont les plus susceptibles d'adopter des comportements néfastes sont également les plus difficiles à joindre. C'est pourquoi une attention particulière doit être accordée à leurs conditions et leur milieu de vie.

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est un terme utilisé pour décrire les effets que peut avoir l'exposition prénatale à l'alcool sur la santé d'un enfant. Il peut s'agir de troubles de la vision et de l'ouïe, d'un retard de croissance et de lésions cérébrales qui entraîneront, plus tard, des problèmes d'attention, de mémoire, de raisonnement et de jugement tout au long de la vie. L'ETCAF est considéré comme l'une des principales causes connues de déficience intellectuelle au Canada. La recherche de mesures de prévention efficaces demeure un défi pour le secteur de la santé publique[800].

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) désigne les effets sur la santé qui se manifestent chez les personnes dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse. Bien qu'il soit difficile de déterminer la prévalence de l'ETCAF, l'exposition prénatale à l'alcool représenterait l'une des principales causes de troubles de développement et de troubles cognitifs chez les enfants au Canada[368, 800]. La prévention de ces troubles est complexe et nécessite une démarche globale et multifactorielle faisant appel à divers types d'intervention et à de nombreux fournisseurs de services[800]. Les vastes campagnes de sensibilisation ont connu un certain succès, mais des études révèlent que de nombreux facteurs peuvent influer sur la consommation d'alcool en général (par exemple, la dépendance) et particulièrement pendant la grossesse (l'accès aux soins, l'alimentation et la violence)[800]. Pour cette raison, l'Agence de la santé publique du Canada a mis au point un cadre de prévention qui aborde quatre aspects :

- sensibiliser le public au moyen de stratégies et de campagnes d'envergure axées sur une vaste gamme d'activités de promotion et de sensibilisation et mettant à contribution divers intervenants communautaires de manière à offrir un soutien social et à susciter des changements sociaux;



- fournir aux adolescentes et aux jeunes femmes des services-conseils de sorte qu'elles puissent discuter ouvertement et en toute sécurité de leur grossesse, de la consommation d'alcool et d'autres questions connexes avec les réseaux de soutien et les spécialistes de la santé;
- offrir des services de soutien prénatal adaptés à la culture et au genre et abordant un large éventail de problèmes de santé, y compris ceux liés à l'alcool et à la santé mentale;
- donner aux mères et aux familles un soutien postnatal pour les aider à maintenir les saines habitudes qu'elles ont acquises pendant leur grossesse et répondre aux nouveaux besoins qui peuvent survenir après la grossesse et la naissance. Cette étape est importante pour entreprendre des interventions précoces destinées aux enfants atteints de l'ETCAF[800].

La sensibilisation du public et l'élaboration de politiques sociales contre les dangers associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse ont permis d'améliorer, dans une certaine mesure, les services de soutien et de susciter des changements sociaux[368]. La plupart des Canadiens sont familiarisés avec les affiches, les publicités télévisées et les mises en garde concernant les effets possibles de l'alcool sur le fœtus[803]. En effet, les vastes campagnes contre la consommation d'alcool pendant la grossesse ont permis une bonne assimilation du message et une sensibilisation accrue à cette question, à court et à long terme, en plus de provoquer des changements de comportement[799]. L'expérience américaine démontre cependant que les messages de mise en garde (comme ceux apparaissant sur les étiquettes de produit) ne suffisent pas à sensibiliser ou à susciter un changement dans les habitudes. En fait, ces messages ont généralement une influence sur les segments de population qui courent le moins de risques de consommer de l'alcool pendant la grossesse[368]. À ce titre, des études ont révélé que les étiquettes de mise en garde apposées sur les contenants de boissons alcoolisées ne permettent pas de changer les habitudes ni de réduire les méfaits causés par l'alcool[799]. Pour cette raison, le Canada a établi un cadre d'action à plusieurs volets qui vise, entre autres, à accroître la sensibilisation en communiquant de manière efficace une information plus humaine, de meilleure qualité et adaptée à la culture. Ce cadre d'action reconnaît que seule la sensibilisation ne suffit pas. C'est pourquoi il prévoit le recours à des outils efficaces de prévention, de dépistage précoce et de diagnostic, à des services d'orientation ainsi qu'à des mesures et des programmes communautaires ciblés qui, mis ensemble, peuvent contribuer à améliorer l'état de santé et la vie sociale des populations[804].

Bien qu'il soit important d'informer la population en général, ce travail de sensibilisation a généralement très peu d'effets sur les groupes les plus à risque[368]. Toutefois, les programmes d'intervention communautaire visant à éliminer les obstacles qui limitent l'accès aux soins prénataux ont réussi, dans une certaine mesure, à réduire les risques pour la santé prénatale dans les collectivités en difficulté. Par exemple, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Programme canadien de nutrition prénatale – Volet Premières nations

et Inuits (PCNP-VPNI) visent à assurer la santé de la mère et de l'enfant grâce à des démarches fondées sur des faits démontrés et à la contribution de travailleurs communautaires[669, 670, 672]. L'objectif du PCNP et du PCNP-VPNI est d'offrir des activités adaptées aux besoins et aux réalités culturelles des collectivités[669, 672]. Bien que les problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse soient plus fréquents chez les participants au PCNP que dans la population en général, les évaluations démontrent que les femmes qui reçoivent un soutien dans le cadre de ce programme (par exemple, les programmes de renoncement à l'alcool et le counseling de groupe sur la nutrition) étaient plus susceptibles de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse[805].

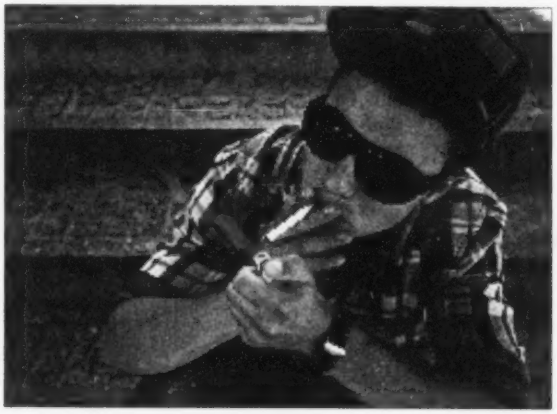
S'attaquer aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale : le programme STOP FAS au Manitoba

Le programme *STOP FAS* au Manitoba a été lancé dans les années 1990 pour contrer la hausse du nombre d'enfants atteints de l'ETCAF[812]. Inspiré du programme américain d'assistance parent-enfant, ce programme d'intervention utilise le mentorat pour venir en aide aux femmes enceintes, ou qui ont récemment donné naissance à un enfant, et qui combattent un problème d'alcool ou de drogue[810, 812]. Cette approche vise à offrir un programme personnalisé qui permet de modifier graduellement les comportements. Pendant une période de trois ans, chaque femme reçoit les services d'un mentor qui l'aide, elle et sa famille, à se fixer des objectifs personnels, à surmonter des difficultés socioéconomiques (comme les problèmes de logement, la violence familiale et l'accès aux soins de santé, aux services communautaires et aux traitements contre la toxicomanie et l'alcoolisme) et à choisir des méthodes de planification familiale[810-812]. Des évaluations du programme ont révélé que les femmes qui ne consommaient pas d'alcool ou de drogues pendant au moins six mois ou qui utilisaient régulièrement une méthode de planification familiale couraient 60 % moins de risques de donner naissance à un enfant atteint de l'ETCAF. De même, environ 65 % des femmes ont réussi un programme de traitement des dépendances et 28 % ont terminé avec succès un programme d'enseignement ou de formation. Enfin, 63 % des enfants de mères à risque vivaient avec leur famille (23 % avec leur mère et 40 % avec leur père ou avec un membre de la famille élargie)[812].

Des recherches indiquent, par ailleurs, que les interventions les plus efficaces pour aider les jeunes femmes à réduire leurs comportements à risque pendant la grossesse sont celles qui minimisent les facteurs de risque grâce à des services ciblés et des services-conseils, qui misent sur la persistance des spécialistes (comme ceux qui encouragent l'abandon du tabac), qui s'attaquent à l'isolement et à la dépression et qui offrent aux femmes la possibilité de s'exprimer ouvertement et en toute sécurité[801, 806]. De fait, ces interventions ont été appliquées avec succès à plus grande échelle de manière à inclure, entre autres, les partenaires et les membres de la famille en mesure d'aider les femmes enceintes à résister à la tentation de boire ou de fumer[806, 807]. Les femmes à risque sont plus susceptibles de répondre positivement aux interventions des membres de leur famille, des spécialistes de la santé ou des travailleurs sociaux en qui elles ont confiance[808]. Plusieurs médecins ont en effet réussi à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse chez des femmes issues de différents milieux socioéconomiques et présentant divers profils de risque[809]. Les données suggèrent, en outre, que les interventions sont plus efficaces lorsqu'elles s'adressent aux populations à haut risque et, tout particulièrement, lorsqu'elles sont combinées à des visites à domicile sur une longue période (de deux à cinq ans après la grossesse) (voir l'encadré intitulé « S'attaquer aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale : le programme *STOP FAS* au Manitoba »)[810-812]. Plusieurs obstacles semblent toutefois limiter l'accès aux soins prénataux et, en particulier, pour certains segments de la population[668, 808, 813].

Pour s'attaquer au problème de consommation d'alcool pendant la grossesse, il est essentiel d'accroître les connaissances sur le sujet et d'offrir des services éprouvés et pertinents aux femmes enceintes. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) est un système national de surveillance continue qui vise à améliorer la santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons par la collecte et l'analyse systématiques de données actuelles et pertinentes sur leur état de santé et sur les facteurs

qui déterminent leur santé (comme la consommation d'alcool pendant la grossesse)[814]. Le SCSP fait appel à la collaboration de différents partenaires provinciaux, territoriaux ou autres afin de définir des variables et des indicateurs normalisés sur lesquels s'appuieront les futurs rapports[814]. L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM), qui est menée dans le cadre de ce programme, fait état des connaissances, des points de vue, des pratiques et des expériences des femmes avant, pendant et après la grossesse[815]. Cependant, malgré tous les efforts déployés, le sujet est encore mal documenté. En effet, les femmes qui sont le plus susceptibles d'adopter des comportements prénataux malsains n'obtiennent habituellement pas de soins prénataux et, par conséquent, l'information sur le déroulement de leur grossesse demeure insuffisante.



Initiatives de lutte contre le tabagisme

Le taux de tabagisme connaît actuellement une baisse importante et constante au Canada. Ce progrès est attribuable à un changement d'attitude à l'égard du tabac et à de vastes mesures, comme la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui visent à réduire la prévalence du tabagisme[152]. Malgré cette réussite, les jeunes et les jeunes adultes continuent de fumer, ce qui peut avoir de graves conséquences sur leur santé tout au long de leur vie[355, 356, 760, 816].

La plupart des Canadiens ont déjà été exposés directement ou indirectement aux effets nocifs du tabac (par l'entremise des membres de leur famille ou de leurs amis). La *Loi sur le tabac* régit la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac au Canada, tandis que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est une initiative intersectorielle ayant pour objectif de convaincre les jeunes, en particulier, d'arrêter de fumer (ou de ne pas commencer), de les protéger contre la fumée secondaire et de réglementer les produits du tabac[153, 154]. Les provinces et les territoires ont également mis sur pied des programmes d'abandon du tabagisme. Par exemple, le programme de la Saskatchewan intitulé *Partnership to Assist with Cessation of Tobacco* (PACT) permet aux spécialistes de la santé de se familiariser avec les principes et les pratiques de renoncement au tabac et leur apprend à établir des relations de confiance avec les personnes qui désirent arrêter de fumer[817].

Depuis 2001, les efforts consentis par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont permis de créer un environnement antitabac au Canada. Le succès des mesures et des stratégies canadiennes dans ce domaine est en partie attribuable au respect des lois et des politiques existantes. Selon les données de 2009 de l'Évaluation du comportement des détaillants face à certaines restrictions de l'accès au tabac chez les jeunes, près de 90 % des détaillants vendent des produits du tabac uniquement aux personnes qui ont l'âge légal de les acheter[818]. Les dispositions de la *Loi sur le tabac* qui interdisent la publicité sur les produits du tabac sont également appliquées avec succès, et on observe un haut taux de conformité aux règlements provinciaux et territoriaux qui interdisent les présentoirs de produits du tabac dans les commerces de détail. Le respect des lois par les détaillants contribue à diminuer le pourcentage de jeunes qui achètent des cigarettes et à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes[818].

Cependant, les taux de tabagisme chez les peuples autochtones sont plus élevés que dans le reste de la population canadienne[176]. Même si l'on tient compte de l'utilisation traditionnelle du tabac pour la guérison, la prière et les cérémonies, les aînés des Premières nations estiment qu'il y a une différence entre l'utilisation traditionnelle du tabac et son utilisation moderne et que la dépendance au tabac commercial ne relève plus de la tradition[819].

Les collectivités peuvent jouer un rôle dans la réduction du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes en remettant en question les pratiques sociales, en faisant connaître les méfaits du tabac sur la santé et en adoptant des lois qui interdisent l'usage du tabac dans les endroits publics[153, 820]. Les changements se font graduellement. Jusqu'à maintenant, plus de 300 collectivités canadiennes ont mis en vigueur des règlements ou des politiques antitabac dans les lieux publics[821]. Afin de les aider à établir et à évaluer leurs politiques, Santé Canada a créé la Trousse d'outils sur les règlements municipaux[820, 821]. Les gouvernements provinciaux et territoriaux travaillent également à assurer un meilleur contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics. En 2006, l'Ontario a mis en œuvre la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, qui interdit l'usage du tabac dans les lieux de travail et les lieux publics clos (comme les boutiques, les restaurants, les bars, les taxis, etc.)[822]. Les provinces et les territoires ont adopté des lois et des stratégies de contrôle du tabac et imposent des restrictions dans de nombreux endroits publics afin de limiter l'exposition à la fumée secondaire[820].

De son côté, la Commission des étudiants du Canada sollicite la participation des jeunes à la lutte contre le tabagisme. En effet, grâce au travail du Comité action jeunesse et à la création d'un comité consultatif de jeunes adultes, un réseau de jeunes a été mis sur pied dans le but de fournir des conseils et des commentaires à propos des politiques sur le tabac[823]. Le fait de permettre aux jeunes et aux jeunes adultes de participer au processus décisionnel permet de créer des mesures et des stratégies de réduction du tabac plus pertinentes à leur génération. De nouveaux programmes sont également mis en place dans le but de maintenir et d'améliorer l'efficacité des mesures antitabac[824]. Par exemple, les modifications à la *Loi sur le tabac (Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes)* interdisent dorénavant l'ajout d'arôme (sauf le menthol) et d'autres additifs aux cigarettes, petits cigares et feuilles d'enveloppe afin d'éviter de rendre ces produits plus attirants[824, 825]. Cette loi impose également de nouvelles restrictions concernant la publicité sur le tabac et établit des exigences minimales pour l'emballage de certains produits[824-826].

De façon générale, les programmes d'abandon du tabagisme destinés aux jeunes adultes constituent une bonne façon de les amener à cesser de fumer et à améliorer leur état de santé actuel et futur. Ils permettent, par conséquent, d'obtenir un retour élevé sur les investissements et procurent des avantages à long terme[827]. Cependant, ce genre de programme semble davantage attirer les fumeurs plus âgés[828, 829].

Résumé

Ce chapitre a mis en lumière des problèmes préoccupants auxquels le Canada, en tant que société, devrait s'attaquer afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être actuel et futur des jeunes et des jeunes adultes. Bien qu'il existe des interventions éprouvées et prometteuses, beaucoup de lacunes subsistent dans les connaissances, l'information et les pratiques exemplaires.

Si l'on veut favoriser une saine transition de l'enfance à l'âge adulte, il est essentiel de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. On sait que les mesures axées sur la famille, l'école, le milieu de travail et la collectivité contribuent à améliorer l'état de santé et de bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada. En particulier, les programmes qui visent à bâtir des familles solides donnent de bons résultats. En effet, il a été démontré que les jeunes qui entretiennent des rapports harmonieux avec leur famille sont moins susceptibles de prendre des risques et d'adopter des comportements antisociaux. Ils ont également plus de chances d'entretenir des relations sociales positives et de nourrir des aspirations scolaires. De même, les programmes généraux qui encouragent la poursuite des études et la persévérance scolaire et ceux qui offrent une formation sur la recherche d'emploi et sur l'acquisition de compétences professionnelles fournissent un soutien efficace aux populations. Cependant, pour de meilleurs résultats, les programmes doivent cibler les jeunes et les jeunes adultes et favoriser l'établissement de relations de confiance et de respect avec les adultes. Même si l'on connaît les bienfaits de la résilience, d'autres travaux demeurent nécessaires pour approfondir les connaissances sur le sujet, offrir des programmes ciblés, appropriés et facilement accessibles, faciliter la prise de décision et évaluer l'efficacité et la pertinence des interventions

menées auprès des jeunes et des jeunes adultes, en tenant compte des milieux dans lesquels ils vivent, apprennent, travaillent et s'amusent.

Pour assurer le maintien d'une bonne santé mentale tout au long de la vie, il est important d'investir dans des programmes qui favorisent la santé et le bien-être émotionnel et social et qui aident à prévenir les problèmes de santé mentale chez les jeunes et les jeunes adultes. Par exemple, les programmes en milieu scolaire et les thérapies comportementales et cognitives fonctionnent particulièrement bien chez les jeunes et les jeunes adultes au Canada. Toutefois, certains d'entre eux continuent de faire l'objet de stigmatisation, d'être victimes d'un manque de sensibilisation ou de se heurter à des obstacles de taille qui les empêchent d'accéder à des soins pertinents et appropriés. Il importe de réduire la stigmatisation, d'améliorer la sensibilisation et de rehausser le niveau de littératie en santé mentale afin de pouvoir mieux prévenir et régler le problème et d'offrir un meilleur soutien en milieu familial et communautaire. Le meilleur moyen d'y parvenir consiste à mieux comprendre en quoi les interventions actuelles sont efficaces. Ces efforts nécessiteront une démarche coordonnée et concertée qui pourrait être facilitée grâce à de vastes stratégies en matière de santé mentale, comme celles de la CSMC.

La prévention du suicide est une question complexe qui peut se résoudre avec la contribution des individus, des familles, des collectivités et des gouvernements. En effet, pour venir en aide aux plus vulnérables, il faut s'attarder aux facteurs qui sont susceptibles de conduire au suicide, par exemple, la stigmatisation sociale, les rapports intergénérationnels et les facteurs communautaires (comme c'est le cas dans certaines populations autochtones). Les médias sociaux peuvent sans doute jouer un rôle de soutien dans la prévention du suicide, mais ils peuvent aussi être utilisés comme source d'intimidation et d'isolement. C'est pourquoi d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle des médias sociaux et leur influence sur les jeunes. Les vastes stratégies de prévention du suicide donnent généralement de bons résultats, mais elles doivent pouvoir compter sur l'engagement de la collectivité et reposer sur une approche à plusieurs volets axée sur l'apprentissage continu et la collaboration intersectorielle.

Bien que les blessures soient évitables la plupart du temps, elles constituent une cause importante de décès et d'hospitalisations chez les jeunes et les jeunes adultes. Par conséquent, les interventions qui visent à sensibiliser la population aux risques de blessure, à modifier les comportements et à réduire le nombre de blessures revêtent une importance cruciale, au même titre que les politiques et les lois destinées à assurer la sécurité des citoyens. De plus en plus, les milieux de travail deviennent sécuritaires grâce aux efforts consentis par les employés, les employeurs et différents organismes en vue de réduire les risques de blessure, que ce soit par la création de programmes de formation, l'application des lignes directrices et l'adoption de politiques sur la sécurité en milieu de travail. Cependant, il y a encore place à amélioration. Les programmes éducatifs qui s'adressent spécifiquement aux jeunes sont essentiels pour les sensibiliser aux risques de blessure et les amener à faire des choix sécuritaires, notamment dans les sports et les loisirs. Les lois et les règlements encouragent également des pratiques moins dangereuses et garantissent des produits, de l'équipement et des véhicules plus sécuritaires. Les vastes mesures qui misent sur l'encadrement, la surveillance coordonnée, la réglementation, l'éducation, la prévention, le soutien communautaire et l'infrastructure connaissent aussi un certain succès.

L'intimidation constitue un problème relationnel qui peut se résoudre par l'établissement de relations saines et respectueuses entre les jeunes et les jeunes adultes au Canada. En général, la lutte contre l'intimidation est menée en milieu scolaire. D'ailleurs, les démarches les plus fructueuses sont celles qui sont mises en place à la grandeur de l'école, qui misent sur la responsabilité, l'empathie et l'esprit d'initiative, favorisent la participation des adultes et privilégient les interventions à long terme menées en bas âge. En milieu de travail, la lutte contre l'intimidation passe par de saines relations employeur-employé et par de vastes politiques de prévention du harcèlement.

On sait que la plupart des Canadiens vivent leur première expérience sexuelle à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Par conséquent, les interventions qui s'adressent aux jeunes et aux jeunes adultes doivent promouvoir une bonne santé sexuelle, prévenir les comportements à risque et favoriser les relations

solides et harmonieuses en misant sur le respect, la responsabilité et l'empathie. Les programmes en milieu scolaire contribuent également à prévenir les grossesses imprévues et les ITS.

La promotion de la santé reproductive constitue un important volet de la santé sexuelle. Par conséquent, il est essentiel de soutenir les parents et de leur donner les outils dont ils ont besoin pour prendre de bonnes décisions en matière de reproduction. Grâce à ce soutien, il est possible de modifier les comportements, actuels ou futurs, à l'égard de la nutrition prénatale et des tests de dépistage. Le Canada a également instauré de vastes programmes axés sur la population qui ont permis de réduire les cas d'ITS et du VIH et le sida, d'en faire le suivi et de poursuivre la lutte mondiale contre le VIH et le sida.

Il est important pour tous les Canadiens et, en particulier, pour les jeunes et les jeunes adultes de mener une vie saine. Bien que les effets négatifs de l'embonpoint et de l'obésité soient connus, l'efficacité des interventions menées dans ce domaine est peu documentée, et l'information concernant les facteurs de risque, comme la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires, reste limitée. Le milieu familial, la collectivité ainsi que les infrastructures et les stratégies qui facilitent l'accès à des activités récréatives abordables, à des aliments nutritifs et à d'autres ressources jouent un rôle essentiel dans l'adoption de comportements sains tout au long de la vie. Les troubles de l'alimentation et la diffusion d'images corporelles irréalistes ont également une incidence sur la santé et le bien-être des jeunes adultes. Pour s'attaquer à ces problèmes, il faudrait adopter une approche à volets multiples et mettre en place des programmes destinés à accroître la sensibilisation, à dénoncer les images stéréotypées, à déceler et traiter rapidement les troubles de l'alimentation ainsi qu'à former des mentors et des adultes pour qu'ils puissent reconnaître les comportements malsains et leurs symptômes.

Bien que la consommation de certaines substances nocives (comme le tabac) soit moins fréquente au Canada, de nombreux jeunes et jeunes adultes continuent de présenter des risques de consommation et d'abus. S'attaquer au problème de toxicomanie est une démarche complexe qui nécessite une solide compréhension des facteurs individuels et socioéconomiques. Les programmes instaurés en milieu scolaire constituent une bonne façon de diffuser l'information et de mettre en œuvre des stratégies ciblées. De même, les lois ou les règlements qui fixent un âge légal de consommation, qui imposent des interdictions et établissent des mesures de contrôle donnent eux aussi de bons résultats. De vastes stratégies à volets multiples ont également été mises de l'avant dans le but de prévenir la consommation de substances nocives, de traiter la dépendance qu'elles occasionnent et de rendre ces substances le moins accessibles possible. Enfin, des programmes de sensibilisation de grande envergure veillent également à faire participer les jeunes à la discussion de manière à faciliter la diffusion de l'information et à mieux renseigner la population.

Ce chapitre a mis en lumière des interventions et des mesures prometteuses et efficaces qui font toute la différence lorsqu'il s'agit de créer des conditions favorables à une saine transition. Elles viennent confirmer que tous les Canadiens et tous les secteurs de la société ont un rôle à jouer dans la mise en œuvre de programmes efficaces qui donnent des résultats concrets. Elles constituent, par conséquent, un bon point de départ à partir duquel il est possible de s'inspirer, de réfléchir, de planifier et d'agir. Alors que certains Canadiens continuent de mettre leur santé et leur bien-être en péril, d'autres sont victimes des lacunes du système. Nous pouvons faire davantage pour eux. Le chapitre 5 présente les mesures prioritaires à mettre de l'avant afin d'assurer à tous les Canadiens un avenir en santé.

Aller de l'avant – Mesures prioritaires

« L'expérience est un professeur cruel, car elle vous fait passer l'examen avant de vous expliquer la leçon. »
– Vernon Saunders Law

Au cours des 100 dernières années, le Canada a amélioré la santé et la qualité de vie de sa population au point qu'il figure aujourd'hui parmi les pays les plus en santé du monde[830]. Par son travail de planification, ses recherches et ses interventions, le Canada a établi les fondements essentiels pour assurer la santé de tous ses citoyens. Par conséquent, la plupart des jeunes et des jeunes adultes d'aujourd'hui peuvent s'attendre à vivre longtemps et à mener une vie saine et dynamique.

La santé des jeunes et des jeunes adultes au Canada reste toutefois compromise par des problèmes inquiétants qui persistent ou qui commencent à se manifester. On a aussi constaté que certains segments de la population sont prédisposés à des problèmes de santé[10, 23, 319, 831-833]. Le Canada peut mettre en œuvre des programmes, des interventions et des politiques plus efficaces afin de s'attaquer aux graves problèmes de santé auxquels se heurtent les jeunes et les jeunes adultes d'aujourd'hui.

La plupart des problèmes soulevés dans le présent rapport ne sont pas insurmontables. Certaines mesures ont, en effet, donné de bons résultats et pourraient être reproduites et appliquées à plus grande échelle. D'après les données dont nous disposons, la santé des jeunes et des jeunes adultes au Canada pourrait être améliorée grâce à des interventions dans quatre domaines prioritaires mis en lumière dans le présent chapitre. La solution n'est pas simple, puisque ce qui fonctionne pour une personne ou une collectivité peut être inefficace pour une autre. Comprendre qu'il n'existe pas de solution universelle et faire le point sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas constitue les premières étapes à franchir afin de prendre les meilleures décisions possible.

Mesures prioritaires

Si le Canada veut aider au mieux les jeunes et les jeunes adultes dans leur transition vers l'âge adulte, la solution passe sans doute par un meilleur accès à de nouvelles données et connaissances, par une plus grande sensibilisation, par l'établissement de milieux stimulants ainsi que par une prise en main collective de la question. Il devrait tout particulièrement faire porter ses efforts sur les actions prioritaires suivantes :

- améliorer et mieux utiliser les données sur les populations et les programmes;
- miser sur l'éducation et la sensibilisation;
- créer et maintenir un environnement sain et stimulant;
- aborder les problèmes sous tous les angles selon une approche coordonnée, intersectorielle et multidisciplinaire.

Si ces quatre aspects sont indispensables pour obtenir de meilleurs résultats, il est néanmoins essentiel que les jeunes et les jeunes adultes s'investissent davantage. Le Canada, en tant que société, doit reconnaître l'importance de faire participer les jeunes et les jeunes adultes à la détermination des problèmes et à la recherche de solutions réalistes susceptibles de les aider à améliorer leur santé. Tous les Canadiens ont droit au respect et doivent avoir la possibilité de participer à la société, et ce, à toutes les étapes de leur vie.

Améliorer et mieux utiliser les données sur les populations et les programmes

Le présent rapport a révélé plusieurs lacunes dans les données sur les jeunes et les jeunes adultes. De nouvelles données permettraient de cerner avec plus de précision les tendances à long terme et de déterminer dans quels domaines il y aurait lieu d'intervenir. Elles permettraient également de concentrer les efforts là où les programmes sont inefficaces et où de nouvelles façons de faire devraient être envisagées dans le but de continuer à répondre aux besoins des jeunes et des jeunes adultes au Canada.

Même si certaines données sur la santé sont accessibles, il subsiste néanmoins plusieurs problèmes ou lacunes : par exemple, les études locales pourraient sans doute être généralisées ou transposées à plus grande échelle, mais il y a un risque qu'elles ne soient pas applicables à l'ensemble de la population ou qu'elles produisent des données impossibles à comparer[834]. À l'opposé, certaines études nationales ne rendent pas compte des problèmes locaux. Les décideurs, les spécialistes de la santé publique et les collectivités qui planifient des interventions et des programmes de santé ont besoin d'avoir accès à des données et des connaissances appropriées et complexes sur la santé publique. Le principal défi sera donc d'obtenir une vue d'ensemble et de produire des résultats d'études pertinents[834, 835].

Le Canada a fait des progrès au point de vue de la collecte de données. Par exemple, les Enquêtes sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (*Health Behaviour in School-aged Children [HBSC]*) donnent accès à des données utiles sur la santé, le bien-être ainsi que sur les comportements sociaux et les résultats qu'ils entraînent sur la santé[836]. Ces enquêtes ont également inspiré des politiques efficaces d'éducation et de promotion de la santé à l'intention des jeunes et des jeunes adultes. Par contre, les données qu'elles renferment concernent uniquement les jeunes de 11, 13 et 15 ans qui fréquentent l'école[836]. Les autres renseignements sur les jeunes et les jeunes adultes canadiens proviennent essentiellement de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête auprès des jeunes en transition (EJET) et de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)[837-842].

Par ailleurs, il existe peu d'information sur la situation socioéconomique et la santé physique et mentale des 12 à 29 ans. Et cette lacune est encore plus flagrante pour certains segments de la population, notamment les Inuit, les Métis, les membres des Premières nations, les immigrants et les jeunes de la rue. L'ESCC de 2012 devrait toutefois fournir de nouvelles données socioéconomiques sur certaines de ces populations et combler plusieurs lacunes en santé mentale, puisqu'elle portera justement sur cette question[843]. Il reste que les chercheurs, les décideurs, les dirigeants communautaires et les éducateurs ont besoin d'information additionnelle pour mieux comprendre pourquoi certains jeunes et jeunes adultes adoptent, ou non, des comportements à risque et les guider dans la conception de futurs programmes.

Il serait également utile de mener des études longitudinales à partir d'une cohorte d'enfants que l'on suivrait de la naissance jusqu'au début de l'âge adulte. Ces études permettraient d'examiner les déterminants de la santé qui ont une incidence sur le parcours de vie, de dégager certaines tendances et de connaître les limites des interventions menées auprès des jeunes. Elles pourraient, en outre, fournir des renseignements sur toutes les régions du Canada et, en particulier, sur certains segments de la population. Les données

transversales ainsi recueillies serviraient à dresser un portrait de la santé de la population à un moment ou à une période donnée.

De même, la façon dont sont compilées les données sur la santé des populations autochtones rend les comparaisons difficiles. En effet, les données sur les Autochtones sont souvent généralisées à l'ensemble de la population et, par conséquent, ne révèlent pas nécessairement l'état de santé d'un groupe en particulier[844]. Il serait donc essentiel de pouvoir comparer la santé de la population en général et celle de différents groupes autochtones, notamment les Inuit, les Métis et les membres des Premières nations vivant dans les réserves ou hors réserve.

Depuis 1991, l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) est menée tous les cinq ans dans le but de recueillir de l'information utile sur la santé et la situation socioéconomique des jeunes et des jeunes adultes inuits, métis et des Premières nations. Cependant, cette enquête ne révèle aucune donnée sur les Autochtones vivant dans les réserves, et seules certaines données permettent d'établir des comparaisons avec d'autres enquêtes nationales portant sur l'ensemble de la population, comme l'ESCC.

S'il est important d'améliorer les données sur la santé et les conditions sociales, il est tout aussi nécessaire de rassembler de l'information sur les programmes et les interventions qui fonctionnent bien et ceux qui doivent être améliorés. Au Canada, il existe une multitude de programmes destinés à améliorer la santé des jeunes et des jeunes adultes, mais les évaluations de l'efficacité sont limitées. De façon générale, les évaluations soulèvent des difficultés, notamment au point de vue de la gestion, de la collaboration et des ressources[845]. Toutefois, des évaluations rigoureuses permettraient de consolider les connaissances générales et ainsi de déterminer si les programmes répondent aux besoins des populations, s'ils atteignent les objectifs établis et s'ils peuvent être appliqués à d'autres populations ou dans d'autres administrations. Par ailleurs, les évaluations ne devraient pas être réalisées uniquement à la fin du programme, mais également en cours d'exécution, de manière à pouvoir apporter des correctifs au fur et à mesure. Recueillir le point de vue des jeunes et des jeunes adultes qui participent aux programmes serait une autre façon d'en mesurer l'efficacité. Si les programmes courants sont soumis à des pratiques d'évaluation normalisées, il faudrait pouvoir connaître de façon claire et cohérente l'efficacité des nouveaux programmes offerts par l'entremise d'outils modernes, tels que les réseaux sociaux (par exemple, Facebook, YouTube et Twitter).

Dans le cas des programmes et des interventions ayant fait l'objet d'une évaluation, il y aurait intérêt à définir avec plus de précision les populations visées. En effet, dans bien des cas, les résultats ne sont pas accessibles pour un groupe en particulier ou ne sont pas répartis en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la culture ou de l'orientation sexuelle. Cette information est pourtant essentielle pour favoriser des comportements sains. Grâce à un profil démographique plus détaillé, les programmes pourraient être mieux adaptés aux besoins des populations ciblées.

Les données et les connaissances tirées des évaluations aideront à dégager les tendances actuelles et à long terme en matière de santé et à déterminer les mesures qui s'imposent en vue d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada.

Miser sur l'éducation et la sensibilisation

La formation ainsi que les programmes d'éducation et de sensibilisation jouent un rôle important dans l'apprentissage des comportements sains. Le fait de limiter les comportements malsains et les mauvais choix de vie à l'adolescence et au début de l'âge adulte peut avoir des effets à long terme sur la santé. Cependant, pour être efficaces, les activités de sensibilisation doivent se poursuivre tout au long de la vie. L'idéal serait de combiner l'éducation et le marketing social. Par ailleurs, les programmes d'éducation et de formation devraient s'adresser non seulement aux jeunes et aux jeunes adultes, mais à tous les Canadiens qui assurent un rôle de soutien, que ce soit les parents, les enseignants, les conseillers, les citoyens, les spécialistes de la santé et les travailleurs sociaux.

L'éducation favorise l'adoption de saines habitudes de vie, puisqu'elle permet d'acquérir des connaissances avant que le besoin se fasse sentir[507, 656]. C'est pourquoi les enfants devraient être renseignés, par exemple, sur la santé mentale, l'alimentation équilibrée et l'activité physique dès qu'ils commencent à faire des choix par eux-mêmes et à adopter de saines habitudes[452, 507, 751]. De même, les

jeunes devraient faire l'apprentissage des comportements sexuels sains avant de devenir sexuellement actifs[655, 656]. Cependant, l'éducation et la sensibilisation doivent se faire de façon continue et se poursuivre tout au long de la vie.

Le Canada a fait preuve d'initiative en assurant l'élaboration et la promotion de lignes directrices, de recommandations et de déclarations sur certaines questions importantes, comme la prévention des blessures et l'éducation sur la santé sexuelle. La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) travaille actuellement à une stratégie globale en santé mentale qui aurait notamment pour objectif d'améliorer le sort des personnes aux prises avec une maladie mentale ou un trouble mental, de créer des programmes multidisciplinaires et de poursuivre la lutte contre la stigmatisation. L'éducation et la sensibilisation pourraient être l'élément central d'une telle stratégie, car elles peuvent contribuer à éliminer la stigmatisation et les obstacles associés aux troubles mentaux et aux problèmes de santé mentale[507].

Les jeunes et les jeunes adultes canadiens d'aujourd'hui sont de plus en plus à l'aise avec les nouvelles technologies et, grâce à Internet et aux réseaux sociaux, ils ont un accès rapide à tous les types d'information[846]. Les médias sociaux pourraient donc être une bonne façon de joindre les jeunes afin d'influencer les comportements, de provoquer des changements culturels et d'établir des réseaux de soutien. Par exemple, ce type de média pourrait être utilisé pour aider les jeunes et les jeunes adultes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement (LGBTQ) et les informer sur la façon d'obtenir du soutien. Par contre, les médias sociaux peuvent également entraîner des conséquences négatives en renforçant l'isolement, en accentuant la marginalisation et en devenant un outil d'intimidation. D'autres travaux de recherche appliquée seraient nécessaires pour apprendre comment utiliser les médias sociaux de manière à favoriser l'éducation et la sensibilisation et à mieux cerner les défis et les risques que présentent certaines questions de santé, notamment celles qui concernent les jeunes au Canada.

Par ailleurs, il faudrait inviter les jeunes et les jeunes adultes à participer aux consultations, à la diffusion de l'information ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes qui leur sont destinés[847]. On pourrait ainsi obtenir des commentaires utiles sur les questions qui les intéressent et, en particulier, sur les interventions et les programmes les plus susceptibles de réussir[847, 848]. Il faut toutefois garder à l'esprit que les jeunes et les jeunes adultes forment un groupe diversifié et que, par conséquent, les programmes d'éducation et de sensibilisation devront probablement être adaptés pour répondre à une variété de besoins. La participation active et continue des jeunes et des jeunes adultes permettrait de joindre une population diversifiée.

Créer et maintenir un environnement sain et stimulant

Le milieu de vie est déterminant pour la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes. C'est d'ailleurs le rôle de tout gouvernement d'établir et de maintenir des milieux sains et stimulants. Toutefois, comme c'est généralement le cas en santé publique, la collaboration de tous les secteurs, administrations et ordres de gouvernement est essentielle. Le succès repose en outre sur le travail collectif des gouvernements, des collectivités, des familles et des citoyens, le but étant d'offrir à tous les Canadiens la possibilité de s'adonner à des loisirs et des activités physiques, d'occuper un emploi, de recevoir des soins et de participer à la société.

Généralement, les jeunes et les jeunes adultes qui évoluent dans un milieu stimulant et dynamique établissent des relations harmonieuses avec les autres (c'est-à-dire avecs leurs parents, leurs pairs, et leurs conseillers), ce qui leur permet d'acquérir les compétences et la force morale nécessaires pour surmonter les défis et les difficultés[456, 849]. Il faudrait miser sur les programmes qui encouragent l'entraide et les relations harmonieuses entre les adolescents et leurs parents (ou d'autres adultes), puisque de tels programmes sont propices aux rapprochements[456].

Les interventions doivent permettre de créer des milieux qui tiennent compte des besoins particuliers de tous les jeunes et jeunes adultes. Chez les Autochtones par exemple, on a constaté un faible taux de suicide et de toxicomanie dans les collectivités qui misent sur la continuité culturelle (notamment par l'enseignement des pratiques et des langues traditionnelles)[58, 850, 851]. Les interventions devraient donc inclure des services

personnalisés, c'est-à-dire des services adaptés en fonction du sexe, de la culture ou des besoins des LGBTQ. Un milieu favorable fournit, en outre, les outils et les ressources nécessaires pour surmonter les difficultés et, en particulier, celles auxquelles se heurtent, bien souvent, les personnes marginalisées (par exemple, la discrimination et l'intimidation).

Le milieu scolaire peut également jouer un rôle essentiel dans la création d'un environnement sain et stimulant. En effet, en plus de guider les jeunes dans le choix de leurs carrières, les écoles et les établissements d'enseignement postsecondaire offrent un milieu propice à la promotion de la santé et à l'acquisition d'aptitudes sociales. Le chapitre 4 a d'ailleurs mis en lumière les effets positifs qu'ont eus, sur les comportements et la santé, divers programmes d'information sur les infections transmissibles sexuellement (ITS), sur la santé mentale et sur les relations sociales qui ont été implantés en milieu scolaire. Il serait donc important de resserrer les liens entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation, car il s'agit d'un partenariat solide et prometteur qui peut favoriser de saines transitions de vie.

Établir un environnement sain et stimulant exige la participation active et continue des jeunes et des jeunes adultes. En effet, c'est par ce genre d'engagement que les jeunes font l'apprentissage de l'autonomie, stimulent leur esprit d'initiative, échappent aux comportements négatifs et établissent des relations saines avec les autres et leur collectivité. Mais surtout, leur participation apporte des solutions réalistes et plausibles aux problèmes qui les touchent directement et leur permet de prendre leur avenir en main[10, 848, 852, 853].

La société dans son ensemble peut améliorer les chances de succès des jeunes et des jeunes adultes et ainsi influer sur leur santé et leur bien-être en établissant des règles et des limites claires, en présentant des exemples de bonne conduite et en ayant la certitude que les jeunes utiliseront les connaissances et les outils fournis pour faire des choix judicieux. Créer un environnement sain et stimulant constitue, en réalité, un projet de « société entière ». Le présent rapport a donné un aperçu des retombées que pourraient générer certains programmes communautaires. L'idéal serait de s'inspirer de ces réussites dans le but de favoriser et de promouvoir des milieux stimulants pour les jeunes et les jeunes adultes au Canada.

Aborder les problèmes sous tous les angles selon une approche coordonnée, intersectorielle et multidisciplinaire

Il n'existe généralement pas de méthode simple ni de solution universelle pour régler les problèmes de santé publique, et aucune administration ni aucune collectivité ne peut y parvenir seule. C'est pourquoi le secteur de la santé publique joue de plus en plus le rôle de passeur de connaissances et sollicite la collaboration de tous les secteurs de la société. S'attaquer aux problèmes de santé qui touchent les jeunes et les jeunes adultes nécessite aussi bien des stratégies générales que des mesures ciblées. Les actions communautaires, les campagnes d'information et de sensibilisation et les mesures législatives sont des exemples de stratégies auxquelles devraient contribuer tous les secteurs de la société dans le but de prévenir ou d'atténuer les problèmes de santé. Il a en effet été établi que les stratégies à volets multiples donnent de bons résultats, surtout si elles durent un certain temps. Par exemple, le Canada a réussi à réduire son taux de tabagisme et à dissuader les jeunes de commencer à fumer, que ce soit par l'adoption d'une loi interdisant la vente de produits du tabac aux jeunes et toute forme de publicité leur étant destinée ou par la mise en vigueur d'une interdiction de fumer dans les lieux publics[154, 854, 855]. Les programmes d'information et de sensibilisation en milieu scolaire, les coûts associés au tabac, les taxes sur les cigarettes et les campagnes de marketing social ont aussi grandement contribué à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes[818, 823, 855, 856].

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux utilisent sensiblement les mêmes stratégies pour lutter contre les problèmes de poids chez les jeunes et les jeunes adultes qui présentent des taux élevés d'embonpoint et d'obésité ou qui sont largement susceptibles de développer un problème de poids. D'ailleurs, ils ont lancé récemment *Notre santé, notre avenir : Dialogue national sur le poids santé,* qui sollicite la participation des intervenants, des jeunes et jeunes adultes canadiens et du reste de la population canadienne à une discussion ouverte sur le poids santé par l'entremise d'une campagne de marketing et des réseaux sociaux[857].

Aller de l'avant – Mesures prioritaires

Les jeunes et les jeunes adultes au Canada forment une population diversifiée et, par conséquent, les programmes et les interventions qui leur sont destinés doivent être adaptés à leurs besoins et à leurs réalités. Les stratégies multidisciplinaires offrent un avantage intéressant, car elles abordent les problèmes sous plusieurs angles et peuvent ainsi trouver un écho chez différents groupes de jeunes et de jeunes adultes. Même si certains programmes et certaines mesures se révèlent efficaces, nous devons faire mieux. Mais pour cela, il faut trouver un juste équilibre entre les interventions ciblées et celles qui s'adressent à l'ensemble de la population, tenir compte de la diversité et de la situation géographique de la population et répondre aux besoins des personnes qui sont prédisposées à des problèmes de santé.

Vers un Canada en santé

Le Canada a réussi à créer, au fil des années, les conditions essentielles pour assurer la santé de sa population. Toutefois, certains problèmes inquiétants, qui subsistent ou commencent à se manifester, rappellent l'urgence d'en faire davantage pour garantir un meilleur avenir aux jeunes et aux jeunes adultes au Canada. Le présent rapport a mis en lumière des mesures d'intervention prioritaires qui permettraient d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada.

Prendre des mesures nécessite du temps, des efforts et des ressources. Cependant, si ces investissements sont faits aujourd'hui, ils auront des répercussions positives sur la santé des jeunes et des jeunes adultes, maintenant et pour le reste de leur vie. La collecte de nouvelles données et la création de milieux favorables sont essentielles à une saine transition. Le Canada peut tirer des leçons et s'inspirer des succès passés pour s'assurer que personne n'est laissé à l'écart. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont, bien sûr, des périodes de développement, d'expérimentation et de prise de risques. Cependant, les jeunes et les jeunes adultes qui grandissent dans un milieu stimulant ont tendance à mieux surmonter les difficultés. C'est pourquoi il est important de créer un milieu qui favorise la santé et le bien-être de tous les jeunes et jeunes adultes.

Les stratégies intersectorielles et multidisciplinaires à long terme restent des solutions efficaces pour le Canada, car elles permettent de s'attaquer aux principaux problèmes de santé publique qui, bien souvent, se manifestent à l'adolescence et au début de l'âge adulte, et peuvent avoir une influence importante sur le cours de la vie. Les recherches menées au Canada ou ailleurs montrent qu'il est possible de réduire ou d'atténuer les problèmes de santé chez les jeunes et les jeunes adultes. Les stratégies qui favorisent leur épanouissement représentent donc un investissement sensé, car il en résultera une société plus heureuse, plus productive et en meilleure santé.

– De la parole aux actes –

Nous avons tous une responsabilité à l'égard de la prochaine génération. Dans le présent rapport, j'ai dressé le portrait de l'état de santé des jeunes et des jeunes adultes au Canada et j'ai tenté de montrer qu'il était important de créer des milieux positifs et stimulants pour bien préparer les jeunes à leurs responsabilités d'adulte.

Nous avons fait d'énormes progrès afin d'aider les jeunes et les jeunes adultes à vivre une saine transition, mais il reste des problèmes inquiétants, qui persistent ou commencent à se manifester. Par le présent rapport, je souhaitais faire la preuve qu'il n'est jamais trop tard pour apporter des changements positifs et que, en investissant dans des programmes qui favorisent la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes, nous pouvons générer des bienfaits qui leur seront profitables toute leur vie.

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont généralement synonymes de santé, mais ce sont aussi des périodes d'expérimentation et de prise de risques. Au Canada, nous avons mis en place les conditions idéales pour permettre aux jeunes et aux jeunes adultes de s'épanouir. Nous devons nous inspirer de nos succès passés et garder à l'esprit que les jeunes forment une population diversifiée et que leurs besoins varient en fonction de leur genre, de leur culture et de leur origine ethnique. Il faudra également intensifier nos efforts dans les domaines où nous risquons de perdre du terrain pour nous assurer que personne n'est laissé à l'écart.

Le présent rapport a mis en lumière des mesures prioritaires qui nécessiteront un important travail de collaboration. En tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada, je m'engage à assumer les responsabilités suivantes afin d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada :

- collaborer avec d'autres administrateurs de la santé afin de promouvoir des milieux stimulants pour les jeunes et les jeunes adultes;
- collaborer avec mes collègues du gouvernement fédéral et d'autres intervenants afin de promouvoir et d'élaborer des politiques qui favorisent la santé physique et le développement affectif des jeunes et des jeunes adultes;
- suivre de près la santé et le développement des jeunes et des jeunes adultes au Canada et améliorer l'échange de données et de connaissances;
- travailler avec d'autres administrateurs de la santé afin d'améliorer la santé mentale des jeunes et des jeunes adultes;
- continuer d'appuyer les mesures de santé publique susceptibles de faciliter le passage à l'âge adulte; faire participer les jeunes aux mesures qui contribuent à leur santé et leur bien-être.

— Dr David Butler-Jones

Unis pour Agir : une conférence sur l'engagement des jeunes

L'Agence de la santé publique du Canada a eu l'occasion de faire participer des jeunes et des jeunes adultes à la conférence Unis pour Agir de 2011, qui a eu lieu à Ottawa. Il était très agréable de voir des jeunes et des jeunes adultes participer aux discussions et échanger sur des questions qui, de leur avis, correspondaient parfaitement à leurs réalités.

En fait, ils ont exprimé le désir de prendre part à d'autres discussions du genre afin de jeter un pont entre les jeunes et les adultes. Ils ont affirmé vouloir créer, avec les adultes, une relation basée sur la communication, le respect et la valorisation. Au lieu de se faire dicter leur conduite, ils aimeraient participer à la création d'un changement culturel et à l'élimination des comportements malsains. Les jeunes qui étaient présents à la conférence ont également cherché des façons de solliciter la participation d'autres jeunes.

Les participants à la conférence ont dénoncé le manque de soutien à l'échelle communautaire pour les survivants du suicide (personnes ayant tenté de se suicider ou ayant perdu un proche par suicide). Ils ont suggéré de créer de nouveaux groupes de soutien et d'offrir aux survivants du suicide un endroit sécurisant où ils pourraient traverser les étapes du deuil et trouver la guérison. Ils ont aussi indiqué que la sensibilisation et le développement de l'intelligence émotionnelle pourraient aider à prévenir le suicide chez les jeunes et ont proposé la mise en place de mesures de soutien aux programmes communautaires qui seraient dirigées par des jeunes adultes.

Par ailleurs, un grand nombre de participants ont mentionné que les activités d'éducation et de sensibilisation à l'abus de substances nocives devaient être objectives, pragmatiques et exemptes de toute forme de stigmatisation et qu'elles devaient être menées « honnêtement » par des personnes qui ont elles-mêmes vécu l'expérience. Selon eux, l'aide que le gouvernement pourrait accorder aux programmes dirigés par les jeunes permettrait de réduire la toxicomanie et de mettre en place des stratégies efficaces de mobilisation. Ils croient en outre que le fait d'offrir des solutions positives aiderait à réduire les comportements à risque et serait bénéfique pour la santé physique et mentale des jeunes et des jeunes adultes.

Les participants ont ajouté qu'il serait utile d'en connaître davantage sur les facteurs menant à l'itinérance. Selon eux, la question de l'itinérance et des jeunes de la rue devrait intéresser tous les Canadiens. Pour s'attaquer au problème, ils ont notamment proposé de bâtir de nouveaux centres d'hébergement et d'améliorer les installations existantes afin de répondre aux besoins essentiels des sans-abri et d'offrir des services de réadaptation à ceux qui en ont besoin. Ils ont également soulevé la nécessité d'avoir un personnel qualifié et dévoué pour encadrer et appuyer les jeunes.

Afin d'apaiser les préoccupations croissantes que suscite l'intimidation, les jeunes ont suggéré que les collectivités urbaines et rurales du Canada aient accès à un soutien professionnel médical et communautaire pour promouvoir la santé mentale et fournir des soins appropriés. Et pour freiner la montée de la cyberintimidation, ils considèrent que les fournisseurs et les utilisateurs de médias sociaux devraient encourager une formation sur l'utilisation responsable des réseaux sociaux.

De plus, les participants, y compris les jeunes autochtones, ont exprimé le désir d'en apprendre davantage sur la culture autochtone et non autochtone. Pour se sensibiliser à la culture autochtone, ils ont suggéré que les écoles publiques aussi bien que les écoles autochtones intègrent à leur programme d'enseignement la fabrication de tambours ainsi que l'histoire et les langues autochtones.

Bon nombre de participants ont précisé qu'il existait visiblement de nombreuses occasions de collaborer avec les jeunes et les jeunes adultes dans le but d'améliorer les résultats en santé. Les décideurs auraient donc intérêt à établir des liens étroits avec les jeunes et les jeunes adultes afin d'obtenir de précieux conseils sur la façon d'améliorer leur santé et leur bien-être[29].

« Je crois que les enfants restent des enfants. Laissez-les vivre leur vie et prendre leurs propres décisions, comme vous l'avez fait à leur âge… Ils ne sont pas bien différents de ce que vous étiez. Laissez-les vivre une vie dont ils se souviendront. »

– Jeune participant à la conférence des jeunes (2011)

Liste des sigles et acronymes

ANNEXE A

ACMMSM	Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
AGSS	Approche globale de la santé en milieu scolaire
AHS	Adolescent Health Survey
AII	Alcohol Ignition Interlocks
BCDCML	Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes
CCES	Consortium conjoint pour les écoles en santé
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSPAAT	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail
CTC	Communities That Care
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ECI	Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
EEM	Enquête sur l'expérience de la maternité
EJET	Enquête auprès des jeunes en transition
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESCCAD	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
ETJ	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes
GPS	Systèmes de positionnement global
HAES	Health at Every Size
HBSC	Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire / Health Behaviour in School-aged Children
IDA	Initiative sur le diabète chez les Autochtones
IMC	Indice de masse corporelle
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITS	Infections transmissibles sexuellement
LGBTQ	Lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PACT	Partnership to Assist with Cessation of Tobacco
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCNP-VPNI	Programme canadien de nutrition prénatale – Volet Premières nations et Inuits
PREVNet	Promotion des Relations et Élimination de la Violence
PSO	Proportion de la survie observée
PSSM	Premiers Soins en Santé Mentale
PSSMI	Programme de soins de santé maternelle et infantile

Liste des sigles et acronymes

RRO	La rougeole, la rubéole et les oreillons
SAJR	Surveillance accrue des jeunes de la rue
SCHIRPT	Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes
SCPE	Société canadienne de physiologie de l'exercice
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SFR	Seuil de faible revenu
SHAHRP	School Health and Alcohol Harm Reduction Project
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SISA	Système d'information sur les personnes et les familles sans abri
SNI	Stratégie nationale d'immunisation
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SNSD	Système national de surveillance du diabète
SPLI	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
YRP	Youth Relationships Project

Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens

ANNEXE B

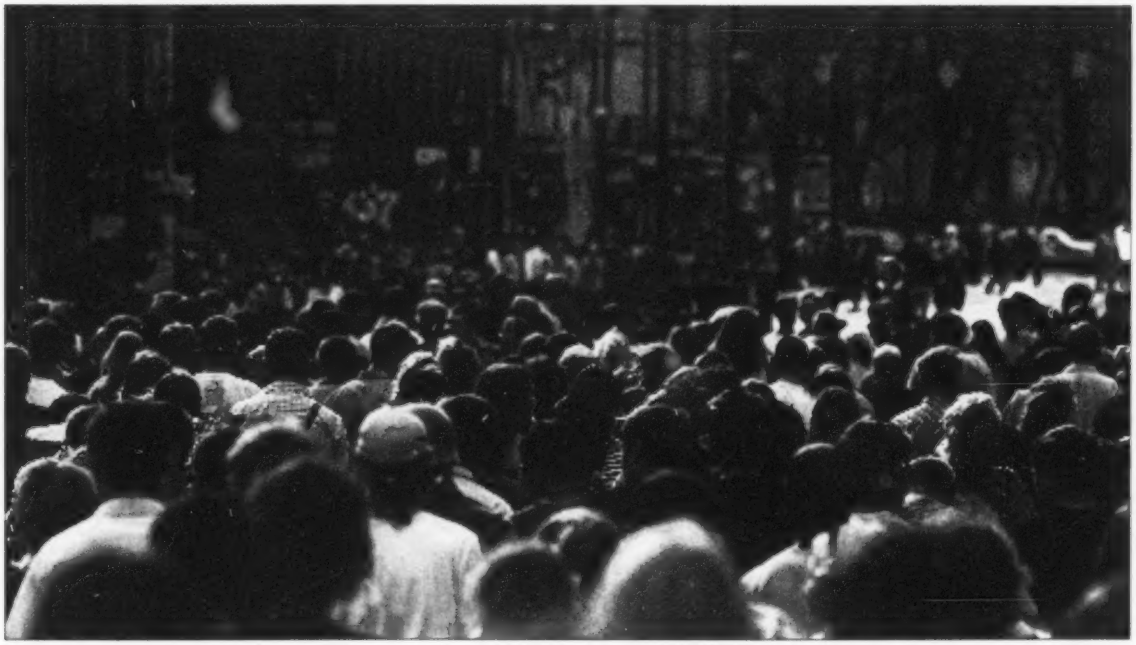
Tableau B.1 Notre population

Notre population (en millions de personnes)		Année
Population (au 1er juillet 2010)	34,1	2010
Autochtones	*1,17*	*2006*
Premières nations	*0,70*	*2006*
Inuit	*0,05*	*2006*
Métis	*0,39*	*2006*
Immigrants	*6,2*	*2006*
Selon le lieu de naissance		
Afrique	*0,37*	*2006*
Asie et Moyen-Orient	*2,53*	*2006*
Caraïbes et Bermudes	*0,32*	*2006*
Amérique centrale	*0,13*	*2006*
Europe	*2,28*	*2006*
*Océanie et autres**	*0,06*	*2006*
Amérique du Sud	*0,25*	*2006*
États-Unis d'Amérique	*0,25*	*2006*
Selon le nombre d'années depuis l'immigration		
Immigration récente (10 ans et moins)	*2,0*	*2006*
Immigration de longue date (plus de 10 ans)	*4,2*	*2006*
Population urbaine	*25,4*	*2006*

Remarque: Les données en italique sont identiques à celles présentées dans le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010*. Il se peut que certaines données ne puissent être comparées. Pour des renseignements détaillés, voir l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

* « Autres » comprend le Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon, la catégorie « Autre pays », ainsi que les immigrants nés au Canada.

Source : Statistique Canada.



Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens

Tableau B.2 Notre santé

Notre santé		Année
Espérance de vie et santé déclarée		
Espérance de vie à la naissance (années d'espérance de vie)	*80,7*	*2005-2007*
Espérance de vie à la naissance en fonction de la santé (années d'espérance de vie en bonne santé)	*69,6*	*2001*
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) (décès pour 1 000 naissances vivantes)	*5,1*	*2007*
Santé perçue, très bonne ou excellente* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	60,5	2009
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	73,9	2009
Principales causes de mortalité (décès pour 100 000 personnes par an)		
Maladies de l'appareil circulatoire	212,1	2007
Cancers	211,3	2007
Maladies de l'appareil respiratoire	62,3	2007
Causes de mortalité prématurée (de 0 à 74 ans) (années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes par an)		
Cancers	1 517	2005-2007
Maladies de l'appareil circulatoire	776	2005-2007
Blessures accidentelles	602	2005-2007
Suicide et lésions auto-infligées	348	2005-2007
Maladies de l'appareil respiratoire	174	2005-2007
VIH	40	2005-2007
Maladies chroniques		
Incidence du cancer (nouveaux cas, taux normalisés pour 100 000 personnes)	403	2010
Prévalence du diabète (pourcentage de la population âgée d'un an et plus)	4,2	2006-2007
Obésité (pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus)	23,9	2007-2009
Arthrite* (pourcentage de la population âgée de 14 ans et plus)	15,2	2009
Asthme* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	8,1	2009
Cardiopathie* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	4,6	2009
Hypertension artérielle* (pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus)	19,9	2009
Maladie pulmonaire obstructive chronique* (pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus)	4,2	2009
Maladie mentale (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)		
*Schizophrénie**	*0,3*	*2005*
*Trouble dépressif majeur**	*4,8*	*2002*
*Dépendance à l'alcool**	*2,6*	*2002*
Trouble d'anxiété*	5,2	2009
Maladie d'Alzheimer et autres démences (pourcentage estimatif de la population âgées de 65 ans et plus)*	*8,9*	*2008*
Maladies infectieuses		
VIH (nombre de nouveaux tests positifs du VIH)	2 417	2009
Chlamydia (nouveaux cas pour 100 000 personnes par an)	258,5	2009
Gonorrhée (nouveaux cas pour 100 000 personnes par an)	33,1	2009
Syphilis infectieuse (nouveaux cas pour 100 000 personnes par an)	5,0	2009

* Données autodéclarées

Remarque : Les données en italique sont identiques à celles présentées dans le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010*. Il se peut que certaines données ne puissent être comparées. Pour des renseignements détaillés, voir l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : Statistique Canada, Société canadienne du cancer, Agence de la santé publique du Canada et Société Alzheimer du Canada.

Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens

ANNEXE B

Tableau B.3 Facteurs influant sur notre santé

Facteurs influant sur notre santé		Année
Revenu (pourcentage de la population, basé sur le seuil de faible revenu de 1992)		
Personnes à faible revenu (après impôt)	9,6	2009
Emploi et conditions d'emploi (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)		
Taux de chômage	8,0	2010
Sécurité alimentaire (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)		
*Personnes vivant dans l'insécurité alimentaire**	*9,2*	*2004*
Environnement et logement		
Exposition à l'ozone troposphérique (parties par milliard [valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population])	37,5	2008
Exposition aux matières particulaires fines ($P_{2,5}$) (microgrammes par mètre cube [valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population])	8,1	2008
Besoin impérieux en matière de logement (pourcentage des ménages)*	*12,7*	*2006*
Niveaux de scolarité et d'alphabétisation (pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus)		
Diplômés d'études secondaires	82,8	2010
Études postsecondaires partielles	63,5	2010
Diplômes d'études postsecondaires	57,6	2010
Soutien social et appartenance sociale		
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	65,4	2009
Incidents de crimes violents (pour 100 000 personnes)	1 314	2009
Comportements liés à la santé		
Fumeurs* (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)	17,5	2009
Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	52,5	2009
Consommation de fruits et de légumes (cinq fois ou plus par jour)* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	45,6	2009
Abus d'alcool (cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année)* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	17,2	2009
Consommation de drogues illicites au cours de la dernière année* (pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus)	11,4	2009
Taux de grossesse chez les adolescentes (nombre de grossesses par an pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	14,3	2008
Accès aux soins de santé (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)		
Accès à un médecin de famille régulier*	84,9	2009
Consultation de professionnels des soins dentaire*	72,0	2009

* Données autodéclarées

Remarque : Les données en italique sont identiques à celles présentées dans le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010. Il se peut que certaines données ne puissent être comparées. Pour des renseignements détaillés, voir l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : Statistique Canada, Santé Canada, Environnement Canada et Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Définitions et sources de données des indicateurs

ANNEXE C

- A -

Abus d'alcool (cinq verres ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année) (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion chaque mois dans la dernière année.

Sources de données

Tableau 3.7 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuelle* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Accès à un médecin de famille régulier (2009)[221]

Personnes qui ont indiqué avoir un médecin régulier. En 2003 et en 2005, cet indicateur faisait uniquement référence au médecin de famille. Depuis 2007, on utilise le terme *médecin régulier*, qui comprend les médecins de famille.

Source de données

Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après les réponses fournies à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs. Les répondants sont classés comme étant actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne basé sur les trois mois précédant l'enquête. Cet indice s'obtient en calculant la dépense quotidienne moyenne d'énergie que requiert chaque activité physique déclarée par le répondant. Pour ce faire, on multiplie la fréquence à laquelle l'activité est pratiquée par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (c'est-à-dire le nombre de kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure). L'indice correspond à la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités physiques pratiquées par le répondant. Les répondants sont ensuite classés dans l'une des trois catégories suivantes :

- 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active;
- de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active;
- moins de 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

Source de données

Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Années potentielles de vie perdues[858]

Nombre d'années de vie perdues dans le cas d'un décès prématuré, avant l'âge de 75 ans, quelle qu'en soit la cause. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Mortalité prématurée causée par des blessures accidentelles (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues pour cause de blessures accidentelles (CIM-10, V01-X59, Y85-Y86) représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt des suites de blessures accidentels avant l'âge de 75 ans.

Source de données

Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée causée par des cancers (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues par des néoplasmes malignes (CIM-10, C00-C97), comme le cancer colorectal, le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate, représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt d'un cancer avant l'âge de 75 ans.

Définitions et sources de données des indicateurs

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée causée par des maladies de l'appareil circulatoire (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues pour cause de maladies de l'appareil circulatoire (CIM-10, I00-I99), comme la cardiopathie ischémique et les maladies cérébrovasculaires, représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt d'une maladie de l'appareil circulatoire avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée causée par des maladies de l'appareil respiratoire (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues pour cause de maladies de l'appareil respiratoire (CIM-10, J00-J99), comme la pneumonie, la grippe, la bronchite, l'emphysème et l'asthme, représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt d'une maladie de l'appareil respiratoire avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée causée par le VIH (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues pour cause de maladies associées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (CIM-10, B20-B24) représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt du VIH ou du sida avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée causée par un suicide ou des lésions auto-infligées (2005-2007)[858]

Les années potentielles de vie perdues pour cause de suicide (CIM-10, X60-X84, Y87.0) représentent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt par suicide avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Arthrite (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré être atteintes d'arthrite (ce qui comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose mais exclut la fibromyalgie) et dont le diagnostic a été établi par un professionnel de la santé.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Asthme (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré être asthmatiques et dont le diagnostic a été établi par un professionnel de la santé.

Sources de données
Tableau 3.6 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel [Fichier de microdonnées partagé]*, Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

Autochtone (2006)[15]

Nom collectif utilisé pour désigner les peuples indigènes de l'Amérique du Nord ainsi que leurs descendants. La *Loi constitutionnelle de* 1982 reconnaît l'existence de trois peuples autochtones : les Indiens, les Inuit et les Métis, chacun se distinguant des autres par son patrimoine, sa langue, ses habitudes culturelles et ses croyances.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 C – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-10-06). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Inuit (réponse unique) (2006)[15, 859]

Peuples autochtones de l'Arctique canadien qui vivent essentiellement au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans les régions nordiques du Labrador et du Québec. Identité unique renvoie aux personnes qui ont déclaré appartenir uniquement au peuple inuit.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA (2010-10-06). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Métis (réponse unique) (2006)[15, 859]

Terme largement utilisé pour désigner les personnes ayant des origines ancestrales à la fois européennes et issues des Premières nations. Ces personnes se considèrent comme Métis, se distinguant ainsi des Indiens, des Inuit et des non Autochtones. Identité unique renvoie aux personnes qui ont déclaré appartenir uniquement au peuple métis.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-10-06). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Premières nations (réponse unique) (2006)[15, 859]

Terme dont l'usage s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot Indiens. Bien que le terme Premières nations soit largement utilisé, il ne possède pas de définition légale et renvoie généralement aux peuples indiens du Canada, inscrits ou non inscrits. Identité unique renvoie aux personnes qui ont déclaré appartenir uniquement à une Première nation.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-10-06). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

- B -

Besoin impérieux en matière de logement (2006)[860]

On dit d'un ménage qu'il éprouve des besoins impérieux en matière de logement si son habitation n'est pas conforme à au moins une des trois normes d'acceptabilité (c'est-à-dire la qualité, la taille et l'abordabilité) et si 30 % de son revenu total avant impôt serait insuffisant pour payer le loyer médian des logements acceptables (répondant aux trois normes) situés dans sa localité. Un logement est de qualité convenable s'il ne nécessite aucune réparation majeure. Un logement est de taille

Définitions et sources de données des indicateurs

convenable s'il compte suffisamment de chambres pour la taille et la composition du ménage, conformément à la Norme nationale d'occupation. Un logement est abordable si le ménage y consacre moins de 30 % de son revenu brut.

Source de données
Tableau B.3 : SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006.*

Blessures et intoxications (2007)[270]

Décès associés à un traumatisme ou à une intoxication (CIM-10, V01-Y89) résultant, entre autres, d'un accident de transport, d'une chute, d'une noyade ou de lésions autoinfligées.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; *et STATISTIQUE CANADA. CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Accidents de transport (2007)[270]

Décès associés à un accident de transport (CIM-10, V01-V99) impliquant, par exemple, une voiture, un camion, une embarcation ou un véhicule non routier.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Autres blessures accidentelles (2007)[270]

Décès associés à d'autres lésions traumatiques accidentelles (CIM-10, W00-X59), y compris les chutes, les intoxications accidentelles et les noyades accidentelles.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Lésions auto-infligées (2007)[270]

Décès associés à des lésions auto-infligées (CIM-10, X60-X84), y compris l'autointoxication, l'exposition intentionnelle à un risque et les actes autodestructeurs.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM, Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Blessures non traitées (2009)[861]

Personnes ayant subi des blessures suffisamment graves pour les empêcher de mener leurs activités quotidiennes normales et qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé dans un délai de 48 heures.

Source de données
Tableau 3.6 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

- C -

Cancers (2007)[862]

Décès associés à un cancer malin (CIM-10, C00-C97), y compris le cancer des ganglions lymphatiques, le cancer du sang, le cancer du cerveau et le cancer des voies urinaires.

Définitions et sources de données des indicateurs

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0522 : Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Cardiopathie (2009)[861]

Personnes qui ont déclaré être atteintes d'une maladie cardiaque.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Chlamydia (2009)[863]

Taux estimatif d'infection à la chlamydia (Chlamydia trachomatis) confirmée par analyse de laboratoire (nombre de cas pour 100 000 personnes).

Sources de données
Tableau 3.6 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon le groupe d'âge et le *sexe, 1991-2009* [Fichier de données]; et STATISTIQUE CANADA. (2010-06-18). *Tableau 8 : Population estimée selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, au 1er juillet 2009* [Fichier de données].
Tableau B.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2009*[Fichier de données].

Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois (2009)[864]

Personnes qui ont déclaré avoir consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête.

Source de données
Tableau 3.7 : SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2009* [Fichier de microdonnées à grande diffusion], Ottawa, Ontario : Santé Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Consommation de drogues illicites au cours de la dernière année (2009)[864]

Personnes qui ont déclaré avoir consommé une drogue illicite (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, salvia ou héroïne) dans les 12 mois précédant l'enquête.

Source de données
Tableau B.3 : SANTÉ CANADA. (2010-06-30). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues.* [Fichier de données].

Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, à l'exception du cannabis (2009) [864]

Personnes qui ont déclaré avoir consommé une drogue illicite (cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, salvia ou héroïne) dans les 12 mois précédant l'enquête.

Source de données
Tableau 3.7 : SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2009* [Fichier de microdonnées à grande diffusion], Ottawa : Santé Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Consommation de fruits et de légumes (cinq fois ou plus par jour) (2009)[221]

Nombre de fois par jour (fréquence) qu'une personne a déclaré manger des fruits et des légumes. Cet indicateur ne tient pas compte de la quantité consommée.

Source de données
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

Consultation de professionnels des soins dentaire (2009)[861]

Personnes qui ont consulté un professionnel des soins dentaire dans les 12 mois.

Source de données
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

- D -

Dépendance à l'alcool (2002)[210, 865]

Tolérance, état de manque, perte de contrôle ou problèmes sociaux ou physiques liés à la consommation d'alcool. La dépendance à l'alcool se mesure à l'aide de l'Échelle de dépendance (forme abrégée) qui intègre un sous-ensemble de critères tirés d'un questionnaire diagnostique, le Composite International Diagnostic Interview, élaboré par Kessler et Mroczek pour les personnes de 15 ans et plus.

Source de données
Tableau B.2 : GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006.*

Diplômés d'études postsecondaires (2009, 2010)[200]

Personnes qui ont obtenu un certificat (y compris un certificat professionnel), un diplôme ou un baccalauréat d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Cela comprend les certificats ou diplômes décernés par les écoles de formation professionnelle, les écoles de formation en apprentissage, les collèges communautaires, les collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps) et les écoles de sciences infirmières.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-01-21). *CANSIM Tableau 282-0002 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d'âge détaillé, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données].

Diplômés d'études secondaires (2009, 2010)[200]

Personnes qui possèdent, au minimum, un diplôme d'études secondaires ou qui ont terminé une cinquième secondaire au Québec ou une quatrième année d'études secondaires à Terre-Neuve-et-Labrador.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-01-21). *CANSIM Tableau 282-0002 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d'âge détaillé, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données].

- E -

Embonpoint ou obésité (2007-2009)[221, 290]

L'*International Obesity Task Force* (groupe de travail international sur l'obésité) a élaboré une nouvelle façon de mesurer l'embonpoint et l'obésité chez les enfants, étant donné que les mesures et les classifications établies pour les adultes n'étaient pas parfaitement adaptées aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans. L'indice s'applique aux personnes de 2 à 17 ans et varie en fonction du sexe et de l'âge (par intervalles de six mois). Voir le tableau C.1 pour les seuils de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes de 12 à 17 ans.

L'Organisation mondiale de la Santé et Santé Canada ont établi des catégories d'indice de masse corporelle (IMC) pour les personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes, des personnes mesurant moins de 3 pieds (0,914 mètre) et des personnes mesurant plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres) : inférieur à 18,50 = poids insuffisant; de 18,50 à 24,99 = poids normal; de 25 à 29,99 = embonpoint; de 30 à 34,99 = obésité, classe I; de 35 à 39,99 = obésité, classe II; 40 ou plus = obésité, classe III.

On calcule l'indice de masse corporelle en divisant le poids d'une personne (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres).

Source de données
Tableau 3.6 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé : tableaux de données du cycle 1, 2007 à 2009* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Définitions et sources de données des indicateurs

ANNEXE C

Tableau C.1 Seuils de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes de 12 à 17 ans[290, 291]

	Seuil de poids insuffisant IMC inférieur ou égal à :		Seuil de l'embonpoint IMC supérieur ou égal à :		Seuil de l'obésité IMC supérieur ou égal à :	
Âge (années)	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
12	15,35	15,62	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	15,58	15,93	21,56	22,14	26,43	27,24
13	15,84	16,26	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	16,12	16,57	22,27	22,98	27,25	28,20
14	16,41	16,88	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	16,69	17,18	22,96	23,66	27,98	28,87
15	16,98	17,45	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	17,26	17,69	23,60	24,17	28,60	29,29
16	17,54	17,91	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	17,80	18,09	24,19	24,54	29,14	29,56
17	18,05	18,25	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	18,28	18,38	24,73	24,85	29,70	29,84

Emploi rémunéré (2008)[200]

Personnes qui, pendant la semaine de référence, travaillaient contre rémunération ou en vue d'un bénéfice, effectuaient un travail familial non rémunéré ou occupaient un emploi, mais étaient absentes du travail pour cause de maladie ou d'incapacité, par obligations personnelles ou familiales ou en raison d'un conflit de travail, de vacances ou de tout autre facteur. Les personnes mises à pied et celles devant commencer un nouvel emploi prochainement sont considérées comme inactives. Le taux d'emploi rémunéré représente le nombre total de travailleurs par rapport à la population totale.

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].

Emploi à temps partiel (2008)[200]

Personnes qui travaillent habituellement moins de 30 heures par semaine à leur emploi principal ou à leur unique emploi. Le taux d'emploi à temps partiel désigne le nombre d'employés à temps partiel par rapport à la population active.

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].

Emploi à temps plein (2008)[200]

Personnes qui travaillent habituellement 30 heures ou plus par semaine à leur emploi principal ou à leur unique emploi. Le taux d'emploi à temps plein désigne le nombre d'employés à temps plein par rapport à la population active.

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-01). LFS *by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].

Espérance de vie à la naissance (2005-2007)[866]

Nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre à partir de la naissance (espérance de vie à la naissance) ou à partir de 65 ans (espérance de vie à 65 ans), en supposant que le taux de mortalité en fonction de l'âge et du sexe pour une période donnée (par exemple une année civile) demeurera constant au cours de la durée de vie prévue de cette personne.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0512 : Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années)* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (2001)[867]

Indicateur de la santé générale de la population qui combine l'état de santé en fonction de l'âge et du sexe et la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. Cet indicateur représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, selon l'expérience moyenne d'une population.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-17). *CANSIM Tableau 102-0121 : Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années)* [Fichier de données].

Études postsecondaires partielles (2009, 2010)[200]

Personnes qui ont entrepris des études postsecondaires en vue d'obtenir un certificat (y compris un certificat professionnel), un diplôme ou un baccalauréat d'un établissement d'enseignement postsecondaire, mais qui ne les ont pas menées à terme. Cela comprend les études menées dans les écoles de formation professionnelle, les écoles de formation en apprentissage, les collèges communautaires, les collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps) et les écoles de sciences infirmières.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-01-21). *CANSIM Tableau 282-0002 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d'âge détaillé, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données].

Exposition à l'ozone troposphérique (2008)[868]

Moyenne des concentrations quotidiennes maximales qui ont été enregistrées sur une période de huit heures dans les stations de surveillance du Canada au cours de la saison chaude (du 1er avril au 30 septembre) et qui ont été pondérées selon la population afin d'évaluer les tendances et les moyennes.

Source de données
Tableau B.3 : ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-11-10). *Données de qualité de l'air* [Fichier de données].

Exposition aux matières particulaires fines ($P_{2,5}$) (2008)[868]

Moyenne des concentrations quotidiennes maximales qui ont été enregistrées sur une période de 24 heures dans les stations de surveillance du Canada au cours de la saison chaude (1er avril au 30 septembre) et qui ont été pondérées selon la population afin d'évaluer les tendances et les moyennes.

Source de données
Tableau B.3 : ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-11-10). *Données de qualité de l'air* [Fichier de données].

- F -

Fumeurs (2009)[760]

Personnes qui ont déclaré être fumeurs quotidiens ou fumeurs non quotidiens (aussi appelés *fumeurs occasionnels*).

Sources de données
Tableau 3.7 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2009 : annuel, Fichier personnes* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.3 : SANTÉ CANADA. (2010-09-27). *Tableau 1. Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe, chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2009* [Fichier de données].

- G -

Gonorrhée (2009)[863]

Taux estimatif d'infection à la gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*) confirmée par analyse de laboratoire (nombre de cas pour 100 000 personnes).

Sources de données
Tableau 3.6 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2011-02-22). *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon le groupe d'âge et le sexe, 1980-2009* [Fichier de données]; et STATISTIQUE CANADA. (2010-06-18). *Tableau 8 : Population estimée selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, au 1er juillet 2009* [Fichier de données].
Tableau B.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon le groupe d'âge et le sexe, 1980-2009* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

- H -

Hospitalisations pour blessures (2005-2006)

Tous les cas d'hospitalisation dont les causes sous-jacentes sont classifiés dans la CIM-10, chapitre XX, à l'exception de ceux attribuables à une réaction imprévue aux médicaments, aux drogues ou aux soins médicaux.

Source de données
Tableau 3.6 : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Hypertension artérielle (2009)[861]

Personnes qui ont déclaré être atteintes d'hypertension artérielle ou avoir utilisé des médicaments pour traiter l'hypertension au cours du mois précédant l'enquête.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

- I -

Immigrants (2006)[17]

Personnes à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider en permanence au Canada. Il s'agit habituellement de personnes nées à l'étranger, mais le terme peut également désigner un petit nombre de personnes nées au Canada qui sont citoyens d'autres pays, et à canadiens de naissance nés à l'étranger de parents canadiens.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-07). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Selon le lieu de naissance (2006)[869]

Pays de naissance d'une personne née à l'extérieur du Canada. Les répondants doivent déclarer leur lieu de naissance en fonction des frontières internationales en vigueur au moment du dénombrement et non à la naissance.

Source de données
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-07). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Selon le nombre d'années depuis l'immigration (2006)[17]

Période de temps au cours de laquelle un immigrant a obtenu pour la première fois son statut d'immigrant reçu.

Source de données
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-07). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Incidence du cancer (2007, 2010)[870]

Nombre de personnes diagnostiquées comme présentant de nouveaux cas de cancer.

Sources de données
Tableau 3.6 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER et STATISTIQUE CANADA (2009-11-17). *Surveillance du cancer en direct* [Fichier de données]; *et STATISTIQUE CANADA. CANSIM, Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.2 : Comité directeur de la Société canadienne du Cancer (2010). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2010.* Toronto : Société canadienne du cancer.

Définitions et sources de données des indicateurs

Incidents de crime violent (2009)[871]

Infractions liées à l'emploi ou à la menace de l'emploi de la force contre une personne, y compris les homicides, les tentatives de meurtre, diverses formes d'agressions sexuelles et non sexuelles, le vol qualifié et l'enlèvement, ainsi que les infractions liées aux incidents de la circulation ayant causé la mort ou des lésions corporelles.

Source de données
Tableau B.3 : DAUVERGNE, M. & TURNER, J. (2010). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2009. *Juristat*, 30(2), 1-37.

Inuit (2006)

Voir Autochtone.

- M -

Maladie d'Alzheimer et autres démences (2008)[873]

Les personnes atteintes ou non de démence ont été classifiées selon les critères du DSM-III-R. On a établi les diagnostics différentiels à l'aide des critères du NINCDS-ADRDA et du DSM-IV liés à la maladie d'Alzheimer; la démence vasculaire a été définie selon les critères de la CIM-10 et du NINDS-AIREN; enfin, les critères opérationnels pour la démence à corps de Lewy sont tirés des travaux de McKeith et coll. (1996) Les cas sans démence ont été classés comme présentant une déficience cognitive sans démence ou comme étant normaux sur le plan cognitif. L'échelle de détérioration globale de Reisberg a servi à évaluer la capacité cognitive et fonctionnelle dans tous les diagnostics.

Sources de données
Tableau B.2 : SMETANIN, P., P. KOBAK, C. BRIANTE, D. STIFF, G. SHERMAN et S. AHMAD (2009). *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada; et* STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (2009)[861]

Personnes qui ont déclaré être atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique, de bronchite chronique ou d'emphysème.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Maladies de l'appareil circulatoire (2007)[874]

Décès associés à une maladie de l'appareil circulatoire (CIM-10, I00-I99), y compris la cardiopathie ischémique, les maladies cérébrovasculaires et le cœur pulmonaire.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0529 : Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Maladies de l'appareil respiratoire (2007)[875]

Décès associés à une maladie de l'appareil respiratoire (CIM-10, J00-J99), y compris les infections respiratoires, la grippe et la pneumonie.

Sources de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM, Tableau 102-0530 : Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM, Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Définitions et sources de données des indicateurs

Maladies du système nerveux (2007)[876]

Décès associés à une maladie du système nerveux (CIM-10, G00-G99), y compris la paralysie cérébrale et la dystrophie musculaire.

Sources de données
Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personnalisé]; et STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Métis (2006)

Voir Autochtone.

- O -

Obésité (2007-2009)[221]

L'Organisation mondiale de la Santé et Santé Canada ont établi des indice de masse corporelle pour les personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes, des personnes mesurant moins de 3 pieds (0,914 mètre) et des personnes mesurant plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres) : inférieur à 18,50 = poids insuffisant; de 18,50 à 24,99 = poids normal; de 25 à 29,99 = embonpoint; de 30 à 34,99 = obésité, classe I; de 35 à 39,99 = obésité, classe II; 40 ou plus = obésité, classe III.

On obtient l'indice de masse corporelle en divisant le poids d'une personne (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres).

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007: Cycle 1* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

- P -

Pensées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête (2002)[877]

Personnes qui ont déclaré avoir songé sérieusement au suicide dans les 12 derniers mois.

Source de données
Tableau 3.4 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 : Cycle 1.2* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Personnes à faible revenu (après impôt) (2009)[878]

Pourcentage des familles canadiennes susceptibles de consacrer au moins 20 % de leur revenu net à l'achat de biens essentiels (nourriture, habillement et logement) comparativement à une famille moyenne de même taille vivant dans une collectivité semblable. Les seuils de faible revenu est fondé sur les habitudes de consommation de 1992 et varie en fonction de la taille de la famille, la taille de la région de résidence et du taux d'inflation établi en fonction de l'Indice national des prix à la consommation (voir le tableau C.2).

Tableau C.2 Seuils de faible revenu après impôt, Canada, 2009[879]

	Régions rurales	Régions urbaines			
Taille de l'unité familiale		**Population de moins de 30 000**	**Population de 30 000 à 99 999**	**Population de 100 000 à 499 999**	**Population de 500 000 et plus**
1 personne	12 050 $	13 791 $	15 384 $	15 579 $	18 421 $
2 personnes	14 666 $	16 785 $	18 725 $	18 960 $	22 420 $
3 personnes	18 263 $	20 900 $	23 316 $	23 610 $	27 918 $
4 personnes	22 783 $	26 075 $	29 089 $	29 455 $	34 829 $
5 personnes	25 944 $	29 692 $	33 124 $	33 541 $	39 660 $
6 personnes	28 773 $	32 929 $	36 736 $	37 198 $	43 984 $
7 personnes ou plus	31 602 $	36 167 $	40 346 $	40 854 $	48 308 $

Définitions et sources de données des indicateurs

Source de données
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA.(2011-05-25). *CANSIM Tableau 202-0802 Personnes dans des familles à faible revenu, annuel* [Fichier de données].

Personnes vivant dans l'insecurité alimentaire (2004)[872]

Personnes qui n'ont pas toujours accès à une quantité suffisante d'aliments sains et nutritifs pour leur assurer une croissance normale et une vie saine et active.

Source de données
Tableau B.3 : SANTÉ CANADA. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens.*

Population (2006, 2010)[880]

L'estimation de la population et la population de recensement désignent le nombre de Canadiens dont le domicile habituel est situé dans un secteur donné, peu importe l'endroit où ils se trouvaient le jour du recensement. Les données incluent les Canadiens qui habitaient un logement dans ce secteur le jour du recensement et n'avaient pas de domicile habituel ailleurs au Canada, ainsi que ceux qui sont considérés comme des résidents non permanents.

L'estimation de la population de 2009 a été calculée à partir de l'estimation postcensitaire définitive du 1er juillet 2006, de l'estimation postcensitaire mise à jour du 1er octobre 2006 au 1er avril 2009 et de l'estimation postcensitaire provisoire du 1er juillet 2009, rajustée pour tenir compte des réserves indiennes partiellement dénombrées.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). *Âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %)* [Fichier de données].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010). Avril à juin 2010. *Estimations démographiques trimestrielles.* 24(2), 1-65.

Population urbaine (2006)[881]

Selon le dernier recensement, une région urbaine a une concentration démographique d'au moins 1 000 personnes et une densité de population d'au moins 400 personnes par kilomètre carré.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – 20% sample data* [Fichier de données personnalisé].
Tableau B.1 : STATISTIQUE CANADA. (2008-11-05). *Chiffres de population et des logements, régions urbaines, recensements de 2006 et 2001 – Données intégrales* [Fichier de données].

Premières nations (2006)

Voir *Autochtone.*

Prévalence du diabète (2004-2005, 2006-2007)[882]

Proportion de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques à un moment donné et qui, depuis le diagnostic, ont été hospitalisées au moins une fois ou ont consulté un médecin à au moins deux reprises sur une période de deux ans.

Sources de données
Tableau 3.6 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-07-25). *Données de diabète, NDSS 2000-2001 à 2004-2005. Tables de Données canadiennes, de Province et Territoriales (PDF) et les Dossiers de Recherche (CSV)* [Fichier de données].
Tableau B.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009.*

- R -

Revenu annuel moyen après impôt (2008)[883]

Revenu total gagné (y compris les transferts gouvernementaux), moins l'impôt sur le revenu.

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA (2010-12-01). *Average before and after tax income, Canada, (current dollars)* [Fichier de données personnalisé].

- S -

Santé mentale perçue, très bonne ou excellente (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellente ou une très bonne santé mentale. La santé mentale perçue réfère à la perception qu'une personne a de sa santé mentale en général. Cet indicateur donne une idée générale de la population atteinte d'une forme de maladie mentale, de détresse ou de trouble mental ou affectif qui n'est pas nécessairement considérée dans la santé perçue.

Sources de données

Tableau 3.3 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Santé perçue, très bonne ou excellente (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré percevoir leur état de santé être en excellente ou en très bonne santé. La santé perçue réfère à la perception qu'une personne a de sa santé en général ou, dans le cas d'une entrevue par procuration, à la perception de la personne qui répond. La santé fait référence non seulement à l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi à un bien-être physique, mental et social.

Sources de données

Tableau 3.5 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e) (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré être très satisfaites ou satisfaites de leur vie en général.

Source de données

Tableau 3.3 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : Composante annuelle* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Schizophrénie (2005)[210, 884]

Personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic médical de schizophrénie. Cet indicateur tend à sous-estimer la prévalence réelle de la maladie, étant donné que certaines personnes ne se déclarent pas schizophrènes et que le sondage n'a pas été mené auprès des sans-abri ni auprès des personnes hospitalisées ou vivant dans un établissement résidentiel supervisé.

Source de données

Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 : Cycle 3.1* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort.

Sources de données

Tableau 3.3 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : Composante annuelle* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

Stress perçu dans la vie, assez ou extrême (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré percevoir que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes. Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que perçu par la personne ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Source de données
Tableau 3.3 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Syphilis infectieuse (2009)[883]

Taux estimatif d'infection à la syphilis infectieuse, y compris la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce, confirmée par analyse de laboratoire (nombre de cas pour 100 000 personnes).

Sources de données
Tableau 3.6 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-23). *Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2009* [Fichier de données] ; et STATISTIQUE CANADA. (2010-06-18). *Tableau 8 : Population estimée selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, au 1er juillet 2009* [Fichier de données].
Tableau B.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). *Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2009* [Fichier de données].

- T -

Taux de chômage (2010)[200]

Nombre de chômeurs, exprimé en pourcentage, dans la population active.

Source de données
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA. (2011-01-21). *CANSIM Tableau 282-0004 : Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel* [Fichier de données].

Taux de grossesse chez les adolescentes (2008)[108]

Nombre total de grossesses (y compris les naissances vivantes) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.

Sources de données
Tableau 3.7 : STATISTIQUE CANADA. (2011-04-26). *CANSIM Tableau 102-4505 : Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].
Tableau B.3 : STATISTIQUE CANADA (2011-04-26). *CANSIM Tableau 102-4505 : Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Taux de mortalité infantile (moins d'un an) (2007)[885]

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

Source de données
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0506 Décès et taux de mortalité infantiles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données].

Trouble d'anxiété (2009)[210, 861]

Personnes qui éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessives les amenant à éviter les situations qui pourraient provoquer l'anxiété ou à adopter des comportements rituels compulsifs pour réduire l'anxiété. Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic médical de phobie, de trouble obsessionnel compulsif ou de trouble panique.

Sources de données
Tableau 3.4 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : annuel* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
Tableau B.2 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009: annuel* [Fichier de microdonnées partagée]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Trouble de l'humeur (2009)[221]

Personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic médical de trouble de l'humeur, comme une dépression, un trouble bipolaire, une manie ou une dysthymie.

Source de données
Tableau 3.4 : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009: annuel* [Fichier de microdonnées partagé], Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.

Trouble dépressif majeur (2002)[886]

Présence d'au moins un épisode dépressif majeur (perte d'intérêt à l'égard des activités habituelles ou humeur dépressive qui persiste pendant au moins deux semaines et qui s'accompagne d'au moins quatre autres symptômes de dépression).

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, observée par le sujet (par exemple, sentiment de tristesse ou de vide) ou rapportée par les autres (par exemple, sembler au bord des larmes);
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (observée par le sujet ou rapportée par les autres);
- importante perte de poids en l'absence de régimes alimentaires ou gain de poids considérable (par exemple, variation de plus de 5 % du poids corporel en un mois); ou une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours;
- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (rapporté par les autres, et non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement);
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (et non seulement se faire des reproches ou se sentir coupable d'être malade);
- indécision ou diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer presque tous les jours (observée par le sujet ou rapportée par les autres); et
- pensées de mort récurrentes (et non seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis de suicide.

Source de données
Tableau B.2 : GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006.*

- V -

VIH (2009)[319]

Nombre de nouveaux tests positifs du VIH en 2009.

Sources de données
Tableau 3.6: AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*, Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.
Tableau B.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*. (Ottawa: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada).

Références

1. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Loi sur l'agence de la santé publique du Canada*, L.C., ch.5, 2006.
2. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-04-04). *Qui sommes-nous?* (Extrait le 3 décembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/who-fra.php).
3. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-11-17). *Le role de l'adminstrateur en chef de la santé*. (Extrait le 3 décembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/cpho-acsp/cpho-acsp-role-fra.php).
4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-09-01). *La stratégie fédérale* . (Extrait le 14 octobre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/federal_strategy-fra.php).
5. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR LE SRAS ET LA SANTÉ PUBLIQUE. (2003). *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada.* (Ottawa : Santé Canada).
6. MOWAT, D. L. et D. BUTLER-JONES. (2007). Public Health in Canada: A Difficult History. *Healthcare papers*, 7(3), 31-36.
7. LAST, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. (New York : Oxford University Press).
8. LAST, J. M. (2007). *A Dictionary of Public Health*. (New York : Oxford University Press).
9. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
10. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2005). *Améliorer la santé des jeunes Canadiens.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
11. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-18). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* (Extrait le 24 décembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php).
12. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2005). Élaboration d'un indice de la santé des collectivités. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
13. HOU, F. et J. MYLES. (2004). *Inégalités au niveau des quartiers, privation relative et état de santé autoévalué.* (Ottawa : Statistique Canada).
14. MOLOUGHNEY, B. (2004). *Le logement et la santé de la population : L'état des connaissances scientifiques actuelles.* (À l'intention de Initiative sur la santé de la population canadienne, partie intégrale de l'Institut canadien d'information sur la santé). (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
15. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2002). *Une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada.*
16. *Loi constitutionnelles, 1982.*
17. STATISTIQUE CANADA. (2010-03-02). *Immigration*. (Extrait le 5 février 2010 de http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/immigr-fra.htm).
18. GENDER EQUITY RESOURCE CENTER. (s.d.). *LGBT Resources – Definition of Terms*. (Extrait le 11 avril 2011 de http://geneq.berkeley.edu/lgbt_resources_definiton_of_terms).
19. SAVIN-WILLIAMS, R. C. (2001). A critique of research on sexual-minority youth. *Journal of Adolescence*, 24(1), 5-13.
20. GRACE, A. P. (2011). *Institute for Sexual Minority Studies and Services: 2009-2010 Annual Report.* (Institute for Sexual Minority Studies and Services).
21. GRACE, A. P. (2009). Resilient sexual-minority youth as fugitive lifelong learners: Engaging in a strategic, asset-creating, community-based learning process to counter exclusion and trauma in formal schooling. In J.Field (Ed.), *Proceedings of the Lifelong Learning Revisited: What's Next? Conference of the Scottish Centre for Research in Lifelong Learning*, University of Stirling, Stirling, UK.
22. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
23. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). *Les jeunes de la rue au Canada : Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
24. ROY, É., N. HALEY, P. LECLERC, N. LEMIRE et al. (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD and AIDS*, 11(4), 241-247.

Références

25. NOELL, J., P. ROHDE, L. OCHS, P. YOVANOFF et al. (2001). Incidence and prevalence of chlamydia, herpes, and viral hepatitis in a homeless adolescent population. *Sexually Transmitted Diseases*, 28(1), 4-10.

26. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-06-16). À propos de l'Agence. (Extrait le 14 octobre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php).

27. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada : 2007 – 2012, Information, Savoir, Action.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

28. CLEMENT, T. (2008). *Agence de la santé publique du Canada, 2008-2009. Rapport sur les plans et les priorités.* (Ottawa).

29. THE STUDENT COMMISSION FACILITATION TEAM. (2011). *Highlights from the Unite and Ignite Youth Engagement Conference.* (Ottawa).

30. BUTLER-JONES, D. (2009). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

31. HERTZMAN, C. et C. POWER. (2003). Health and Human Development: Understandings from Life-Course Research. *Developmental Neuropsychology*, 24(2&3), 719-744.

32. GAUDET, S. (2007). *L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie.* (Ottawa : Projet de recherce sur les politiques).

33. HALFON, N. et M. HOCHSTEIN. (2002). Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479.

34. LYNCH, J. et G. D. SMITH. (2005). A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-35.

35. FORREST, C. B. et A. W. RILEY. (2004). Childhood Origins Of Adult Health: A Basis For Life-Course Health Policy. *Health Affairs*, 23(5), 155-164.

36. BUTLER-JONES, D. (2010). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

37. CLARK, W. (2007). Transitions différées des jeunes adultes. *Tendances sociales canadiennes*, Hiver 2007(84), 14-23.

38. BEAUJOT, R. (2007). *Nouvelle tendances dans les transitions chez les jeunes au Canada. Possibilités et risques.* (Ottawa : Projet de recherche sur les politiques).

39. UNITED WAY OF CALGARY. (2011). *Towards Resiliency for Vulnerable Youth.* (Calgary : United Way of Calgary).

40. FRANKE, S. (2010). *Réalités contemporaines et enjeux émergents auxquels font face les jeunes au Canada : Cadre analytique pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques.* (Ottawa : Projet de recherche sur les politiques).

41. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003-06-16). *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?* (Extrait le 26 octobre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php).

42. DAHLGREN, G. et M. WHITEHEAD. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health.*

43. CENTRE FOR APPLIED RESEARCH, FACULTY OF SOCIAL WORK, et UNIVERSITY OF TORONTO. (1999). *Housing and Population Health: A Review of the Literature.* (Préparé pour la Société canadienne d'hypothèques et de logement).

44. MIKKONEN, J. et D. RAPHAEL. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts.* (Toronto : York University School of Health Policy and Management).

45. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). *Des cadres sains pour les jeunes du Canada.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

46. COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. (2008). *Combleer le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport finale de la Commission des Déterminant Sociaux de la Santé.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

47. BOYCE, W. (2004). *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être.* (Ottawa : Santé Canada).

48. ROSE-KRASNOR, L., M. A. BUSSERI, T. WILLOUGHBY, et H. CHALMERS. (2006). Breadth and Intensity of Youth Activity Involvement as Contexts for Positive Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 385-499.

49. BUTLER-JONES, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

50. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant : Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

51. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001-12-08). *Le lien entre le statut socio-économique et la santé de la population : explication des inégalités en matière de santé. Résultats tirés du livre intitulé : Developmental Health and the Wealth of Nations.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/gradient-fra.php).

52. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd Edition.* (Danemark : Organisation mondiale de la Santé).

53. CENTRE D'EXCELLENCE POUR L'ENGAGEMENT DES JEUNES. (2003). *L'engagement des jeunes et les effets sur la santé : Existe-t-il un rapport entre les deux?*

54. TkMC. (2006). *Socioeconomic Disadvantage: Health and Education Outcomes for School-Aged Children and Youth.* (Préparé pour Alberta Coalition for Healthy School Communities).

55. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ DU COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées.* (Gouvernement du Canada).

56. MARMOT, M., T. ATKINSON, J. BELL, C. BLACK et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010.* (The Marmot Review).

57. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-03-22). *Les déterminants sociaux de la santé : L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé.* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/03_inclusion-fra.php).

58. CHANDLER, M. J. et C. E. LALONDE. (2008). La continuité culturelle comme facteur de protection contre le suicide chez les jeunes des Premières nations. *Horizons,* 10(1), 68-72.

59. WAYLAND, S. V. (2010). *Integration of Immigrants Through Local Public Services.* (Brampton : Region of Peel).

60. GAMBONE, M. A., A. M. KLEM, et J. P. CONNELL. (2002). *Finding Out What Matters for Youth: Testing Key Links in a Community Action Framework for Youth Development.* (Philadelphia : Youth Development Strategies, Inc. and Institute for Research and Reform in Education).

61. RUTTY, C. et S. C. SULLIVAN (2010). *La santé publique : une histoire canadienne.* (Ottawa : Association canadienne de santé publique).

62. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Alimentation plus saine et saluble – Événements marquants.* (Extrait le 9 février 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/alimentation-plus-saine-et-salubre-evenements-marquants).

63. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Environnement assainis – Évenements marquants.* (Extrait le 9 février 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/environnements-assainis-evenements-marquants).

64. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Pour des lieux de travail plus sûrs au Canada.* (Extrait le 23 février 2011 de http://cpha100.ca/12-great-achievements/achieving-safer-workplaces-canada).

65. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2006). *L'âge minimum d'admission à l'emploi au Canada.*

66. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS. (2010-07-30). *Histoire du mouvement ouvrier au Canada, 1850-1999 : Unissons-nous. Enfants au travail.* (Extrait le 29 novembre 2010 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/labour/labv16f.shtml).

67. OREOPOULOS, P. (2005). *Législation canadienne de l'école obligatoire et incidence sur les années de scolarité et le futur revenu du travail.* (Ottawa : Statistique Canada).

68. SANTÉ CANADA. (2007-02-05). *Aliments et nutrition. Historique du Guide alimentaire.* (Extrait le 19 novembre 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/hist-fra.php).

69. CROMPTON, S. et M. VICKERS. (2000). La population active : 100 ans d'histoire. *Tendances sociales canadiennes,* 57(Été), 2-14.

70. WYN, J. et P. DWYER. (2000). New patterns of youth transition in education. *International Social Science Journal,* 164(52), 147-159.

71. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-05-22). À propos du Programme canadien de prêts aux étudiants (PCPE). (Extrait le 19 novembre 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/apprentissage/subventions_etudes/apropos/index.shtml).

72. JEUNESSE CANADA. (2011-01-26). *Stratégie emploi jeunesse.* (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.jeunesse.gc.ca/fra/commun/sej.shtml).

Références

73. LAROCHELLE-CÔTÉ, S. et J. GILMORE. (2009). Repli de l'emploi au Canada. *Perspectives*, 10(12), 5-12.

74. JEUNESSE CANADA. (2009-04-29). *Centres Services Canada pour Jeunes (CSCJ)*. (Extrait le 19 novembre 2010 de http://www.jeunesse.gc.ca/fra/sujets/emplois/cscj.shtml).

75. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009). *Convention relative aux droits de l'enfant. Troisième et quatrième rapports du Canada.* (Ottawa).

76. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2011-03-31). *Le salaire minimum – Introduction.* (Extrait le 30 juin 2011 de http://srv116.services.gc.ca/dimt-wid/sm-mw/intro.aspx?lang=fra).

77. CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. (2011-06-16). *La zone des jeunes travailleurs. Quelles lois s'appliquent à vous?* (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.cchst.ca/youngworkers/resources/whatLaws.html).

78. SANTÉ CANADA. (2010-06-10). *Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail – Site national officiel.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/whmis-simdut/index-fra.php).

79. CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. (2010-06-16). *Ce que fait le CCHST.* (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.cchst.ca/ccohs.html).

80. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Code canadien du travail*, L.R.C., ch. L-2, 1985.

81. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Règlement du Canada sur les normes du travail*, C.R.C., ch.986, 1978.

82. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*, DORS/86-304, 2011-06-15.

83. CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. (2011-03-04). *Le zone des jeunes travailleurs : La vérité fait mal.* (Extrait le 27 juin 2011 de http://www.cchst.ca/youngworkers/resources/truthHurts.html).

84. CANADIAN BROADCASTING CORPORATION. (2005-07-20). *Auto style over safety?* (Extrait le 28 juin 2011 de http://archives.cbc.ca/science_technology/transportation/clips/12090/).

85. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

86. TRANSPORT CANADA. (2007). *Opinion sur la ceinture de sécurité. Ce que vous devez saboir sur les ceintures de sécurité, les sacs gonflables et les ensembles de retenue pour enfant.* (Ottawa : Transport Canada (Sécurité routière et réglementation automobile)).

87. JEUNESSE CANADA. (2010-12-20). *Obtenir un permis de conduire.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.jeunesse.gc.ca/fra/evenements_vie/permis_conduire.shtml).

88. INSURANCE CORPORATION OF BRITISH COLUMBIA. (s.d.). *Getting Licensed.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.icbc.com/driver-licensing/getting-licensed/graduated-licensin).

89. GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA. (2010-12-13). *Graduated Driver Licensing.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.saferoads.com/drivers/drivers_newdrivers.html).

90. GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. (s.d.). *Bureau des véhicules automobiles – Système de délivrance graduelle des permis de conduire.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.gov.ns.ca/snsmr/rmv/f/licence/fr-gradlic.asp).

91. MINISTÈRE DES TRANSPORT DE L'ONTARIO. (2010-12-29). *Le système de délivrance graduelle des permis de conduire.* (Extrait le 6 juillet 2011 de http://www.mto.gov.on.ca/french/dandv/driver/gradu/).

92. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2010-06-10). *Cours de conduite pour débutants en Ontario – Quoi de neuf?* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.mto.gov.on.ca/french/dandv/driver/gradu/new.shtml).

93. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2010-06-10). *Formation des conducteurs débutants (FCD) – Nouvelles normes de formation.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.mto.gov.on.ca/french/dandv/driver/curriculum/index.shtml).

94. INSURANCE CORPORATION OF BRITISH COLUMBIA. (s.d.). *Driver Education and You: Taking an ICBC-Approved Driver Education Course.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.dtcbc.com/info/driver/app_crse.htm).

95. INSURANCE CORPORATION OF BRITISH COLUMBIA. (s.d.). *Driver Education and You: Why Take Driver Training?* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.dtcbc.com/info/driver/index.htm).

96. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Sécurité des véhicules à moteur – Événements.* (Extrait le 9 février 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/securite-des-vehicules-moteur-evenements-marquants).

97. arrive alive DRIVE SOBER. (s.d.). *arrive alive DRIVE SOBER. Our Programs. Campaign Information.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.occid.org/arrivealive/arivealive.html#).

98. MADD CANADA. (s.d.). *MADD Canada. FAQs.* (Extrait le 9 février 2011 de http://madd.ca/english/about/faq.html).

99. STUDENTS AGAINST DESTRUCTIVE DECISIONS. (s.d.). *History of SADD. SADD Profile.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.sadd.org/history.htm).

100. TRANSPORT CANADA. *Base nationale de données sur les collisions (BNDC), 2010.* Programmes de sécurité routière. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

101. CITY OF EDMONTON. (2006). *Edmonton Social Plan – Youth and Young Adults.* (Edmonton : City of Edmonton, Community Services).

102. CANADIAN AUTOMOBILE ASSOCIATION. (s.d.). *Les lois sur la distraction au volant au Canada.* (Extrait le 3 décembre 2010 de http://www.caa.ca/driventodistraction/what/faq_fr.html).

103. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2004). *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida.* (Ottawa : Gouvernement du Canada).

104. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-09-25). *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php).

105. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010-12-01). *Initiative canadienne de vaccin contre le VIH.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.chvi-icvv.gc.ca/index-fra.html).

106. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006-09-19). *La stratégie Canadienne sur le VIH/sida : Ensemble nour irons plus loin.* (Extrait le 5 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/monitoring/can_strat-fra.php).

107. STATISTIQUE CANADA. (2010-10-22). *CANSIM Tableau 106-9002 Issues de la grossese, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, Annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 21 février 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=366671B98079CEC1A2588BAA6C4352C3?id=1069002&searchTypeByValue=1&pattern=1069002&lang=fra).

108. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-26). *CANSIM Tableau 102-4505 Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 30 juin 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=93F09975DD7B9C68ECDF3D08034D42B6?id=1024505&searchTypeByValue=1&pattern=1024505&lang=fra).

109. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Histoire de la planification familiale Canada.* (Extrait le 9 février 2011 de http://cpha100.ca/12-great-achievements/history-family-planning-canada).

110. BOYCE, W., M. DOHERTY-POIRIER, D. MACKINNON, C. FORTIN et al. (2006). Sexual health of Canadian youth: Findings from the Canadian Youth Sexual Health and HIV/AIDS Study. *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 15(2), 59-68.

111. DRYBURGH, H. (2000). Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé,* 12(1), 9-21.

112. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Événements marquants : Plannification familiale.* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/evenements-marquants-planification-familiale).

113. FÉDÉRATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ SEXUELLE. (2009-03). *History of CFSH.* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.cfsh.ca/About_CFSH/History.aspx).

114. ANDRES, L. (2002). *Recherches stratégiques au sujet des jeunes Canadiens : Transitions chez les jeunes femmes – Avril 2002.* (Hull : Développement des ressources humaines Canada).

115. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-22). *Statistiques historiques du Canada, Section B : Statistique de l'état civil et santé. Statistique de l'état civil (Séries B1-81). Tableau B1-14 Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par âge, taux brut de reproduction et pourcentage de naissances à l'hôpital, Canada, 1921 à 1974* [Fichier de données]. (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm#1).

116. STATISTIQUE CANADA. (2010-10-22). *Age-specific fertility rate: number of live births and age-specific fertility rate by age of mother and number of children previously born, 1961 to 1997* [Fichier de données]. (Extrait le 22 février 2011 de http://jeff-lab.queensu.ca/library/free/health-statistics/00060107.ivt).

117. CONSEIL DES MINISTRES DE L'ÉDUCATION (CANADA). (s.d.). Éducation postsecondaire. (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.cmec.ca/Programs/post/Pages/default_fr.aspx).

118. CANADIAN EDUCATION STATISTICS COUNCIL et STATISTIQUE CANADA. (2009). *Les effectifs et diplômés au niveau postsecondaire.* (Ottawa : Statistique Canada).

119. LE CONSEIL DES MINISTRES DE L'ÉDUCATION. (s.d.). *L'Éducation au Canada : une vue d'ensemble.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.cmec.ca/Pages/canadawide_fr.aspx).

120. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-08-27). *Programme canadien de bourses aux étudiants.* (Extrait le 19 novembre 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/apprentissage/subventions_etudes/cgsp.shtml).

121. CIBLÉTUDES. (2009-11-18). *Glossaire. Fondation canadienne des bourses d'étude du millénaire.* (Extrait le 28 avril 2011 de http://www.cibletudes.ca/fra/principal/aide/glossaire/fondation_canadienne_bourse_etudes_millenaire.shtml).

122. CIBLÉTUDES. (2011-03-19). *Quels sont les différents types de bourses?* (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.cibletudes.ca/fra/postsecondaire/financement/subventions/gindex.shtml).

123. KROES, G. (2008). *Les jeunes Autochtones du Canada : Nouveaux enjeux, priorités de recherche et incidences politiques.* (Rapport de la table ronde sur les jeunes Autochtones. Compte rendu de l'atelier). (Ottawa : Projet de recherche sur les politiques).

124. FONDATION NATIONALE DES RÉALISATIONS AUTOCHTONES. (2011). *Annual Report 2009-10.*

125. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2011-03-24). *Programme Expérience emploi été pour des étudiants Inuits et Premières nations.* (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.ainc-inac.gc.ca/edu/ep/ys/iye/iye-fra.asp).

126. LA FONDATION HÉRITAGE CANADA. (s.d.). *Jeunesse Canada au travail 2011.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.heritagecanada.org/fre/services/jeun.html).

127. MULHOLLAND, E. (2008). *L'Influence du sport : Le rapport Sport Pur.* (Ottawa : Centre canadien pour l'éthique dans le sport).

128. SANTÉ CANADA. (2010-07-16). *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes.* (Extrait le 19 novembre 2010 de http://publications.gc.ca/site/fra/109430/publication.html).

129. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-01-20). *Activité physique. Bulletin – Nouvelles de l'activité physique au Canada.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/10paap-fra.php).

130. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. (2011). *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire.* (Extrait le 14 avril 2011 de http://www.csep.ca/CMFiles/directives/SBGuidelines_Child_FR.pdf).

131. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. (2011). *2011 Canadian Physical Activity Guidelines (24 janvier 2011).*

132. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. (s.d.). *Directives canadiennes en matière d'activité physique.* (Extrait le 30 mai 2011 de http://www.csep.ca/CMFiles/directives/CanadianPhysicalActivityGuidelinesStatements_FR%202.pdf).

133. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2011-01-05). *Admissibilité.* (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns360-390/365/menu-fra.html).

134. LEITCH, K., D. BASSETT, et M. WEIL. (2006). *Rapport du Groupe d'experts sur le Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants.* (Ottawa : Ministère des Finances Canada).

135. PARTICIPACTION. (s.d.). *Au sujet de ParticipACTION.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.participaction.com/fr-ca/About-Participaction/About-Participaction.aspx).

136. PATRIMOINE CANADIEN. (2010-03-09). *Sport Canada.* (Extrait le 19 avril 2011 de http://www.pch.gc.ca/fra/1268160670172/1268160761399).

137. CLUB GARÇONS ET FILLES DU CANADA. (2006). *Programs: National.* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.bgccan.com/en/ClubsPrograms/Programs-National/Pages/default.aspx).

138. YMCA CANADA (s.d.). *La brochure de l'Histoire du YMCA*. (YMCA Canada).

139. SANTÉ CANADA. (2010-03-04). *Aliments et nutrition. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis*. (Extrait le 15 avril 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/fnim-pnim/index-fra.php).

140. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. (s.d.). *Injury Prevention Initiative (IPI)*. (Extrait le 27 octobre 2010 de http://www.opha.on.ca/programs/ipi.shtml).

141. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2007). *Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes : Travaillons ensemble pour un Ontario plus sûr et en meilleure santé*. (Toronto : Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Promotion de la Santé).

142. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-09-10). *Aperçu de la stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*. (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-fra.php).

143. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-03-16). *Fiche de renseignements : Investissement dans la prévention des blessures dans les sports et les loisirs chez les enfants et les jeunes*. (Extrait le 20 mai 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0316a-fra.php).

144. LEBLANC, J. C., T. L. BEATTIE, et C. CULLIGAN. (2002). Effect of legislation on the use of bicycle helmets. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 166(5), 592-595.

145. KEEZER, M. R., A. RUGHANI, M. CARROLL, et B. HAAS. (2007). Head first: Bicycle-helmet use and our children's safety. *Le Médecin de Famille Canadien*, 53(7), 1131-1132.

146. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-29). *Utilisation du casque de vélo, 2009*. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11274-fra.htm).

147. SÉCURIJEUNES CANADA. (2007). *Child and Youth Unintentional Injury: 1994-2003, 10 Years in Review*. (SécuriJeunes Canada).

148. CROIX-ROUGE CANADIENNE. (s.d.). *Historique des Services de sécurité aquatique*. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.croixrouge.ca/article.asp?id=32261&tid=001).

149. SAUVE-QUI-PENSE. (s.d.). *About SMARTRISK. Our history and philosophy*. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.smartrisk.ca/index.php/aboutSR/C9).

150. PENSEZ D'ABORD CANADA. (s.d.). *About Us*. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.thinkfirst.ca/aboutus/index.aspx).

151. SÉCURIJEUNES CANADA. (2010-05-28). À propos de SécuriJeunes Canada. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.safekidscanada.ca/Professionnels/A-notre-propos/Index.aspx).

152. SANTÉ CANADA. (2009-09-29). *Préoccupations liées à la santé. À propos de la lutte contre le tabagisme*. (Extrait le 22 october 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apropos/index-fra.php).

153. SANTÉ CANADA. (2009-07-10). *Préoccupations liées à la santé. Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*. (Extrait le 22 october 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apropos/role/federal/strateg-fra.php).

154. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Loi sur le tabac*, (Partie IV: Promotion, 1997, c.13), 2010, c. 18-42.

155. TIEDEMANN, M. et T. WALL: *Résumé législatif. Projet de loi C-32 : Loi modifiant la Loi sur le tabac*, LS-648F, 2010-02-04.

156. SANTÉ CANADA. (2008). *Renoncement au tabac en milieu de travail. Un guide pour aider vos employés à cesser de fumer.* (Ottawa : Santé Canada).

157. L'ASSOCIATION PULMONAIRE. (2008). *Pour arriver à écraser. Défis à l'abondon du tabagisme au Canada*. (L'Association Pulmonaire).

158. SANTÉ CANADA. (2005-08-01). *Tout à ce sujet*. (Extrait le 6 juillet 2011 de http://www.quit4life.com/info_e.asp).

159. SANTÉ CANADA. (2005). *2000-2002 Rapport sur la lutte antitabac – Mise à jour.*

160. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2008.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

161. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2009* [Fichier de données]. (Extrait le 15 avril 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia-fra.php).

162. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-03-01). *Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2009* [Fichier de données]. (Extrait le 15 avril 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/syphilis-fra.php).

163. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-22). *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon le groupe d'âge et le sexe, 1980-2009* [Fichier de données]. (Extrait le 15 avril 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/gonorrhea-fra.php).

164. SANTÉ CANADA. (2007-03-16). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Indicateurs de santé comparables des Premières nations.* (Extrait le 1 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/2005-01_health-sante_indicat-fra.php).

165. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-01-07). *ITS Tableaux de données* [Fichier de données]. (Extrait le 16 septembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/index-fra.php).

166. SANTÉ CANADA. (2010-09-08). *Vie saine. Virus du papillome humain (VPH).* (Extrait le 9 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/hpv-vph-fra.php).

167. LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. (s.d.). *Statégies d'immunisation contre le VPH par province.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.infovph.ca/infovph/adolescents/vaccination-4.aspx).

168. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-14). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissible sexuellement.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php).

169. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-02-22). *Engagement international : Pandémie de VIH/sida.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/global/index-fra.php).

170. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (2005). *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010).* (Ottawa : Association canadienne de santé publique).

171. COMITÉ CHAMPION AU PREMIER PLAN. (s.d.). *Le point sur le Comité champion Au premier plan – Printemps 2010.* (Extrait le 26 novembre 2010 de http://www.premierplan.ca/9_cc_mise-a-jour_2.html).

172. NATIONS UNIES. (1989). *La Convention relative aux droits de l'enfant.*

173. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-02-09). *Journée nationale de l'enfant : Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.* (Extrait le 18 mai 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ncd-jne/convention-fra.php).

174. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2004-05-10). *Un Canada digne des enfants. Communiqué.* (Extrait le 20 juin 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sm/comm/ds/nouvelles/2004/040510.shtml).

175. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2004). *Un Canada digne des enfants. Le plan d'action du Canada suite à la Session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants de mai 2002.* (Ottawa) .

176. BOOMER, J. (2003). *Créer et maintenir des partenariats : Un guide de ressources pour lutter contre la consommation non traditionnelle de tabac.* (Préparé pour le compte de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits). (Ottawa : Santé Canada).

177. SHIELDS, M. (2005). Usage du tabac chez les jeunes. *Rapports sur la santé,* 16(3), 53-57.

178. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Une lutte pour une bonne cause! Des ITS au VIH/sida.* (Extrait le 9 février 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/une-lutte-pour-une-bonne-cause-des-its-au-vihsida).

179. STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le group d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

180. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). Âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %) [Fichier de données]. (Extrait le 27 juin 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=771240&GK=1&GRP=1&O=D&PID=88989&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

181. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 2006 Census – 20% sample data* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 6 décembre 2010).

182. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). *Identité autochtone, région de résidence, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – Données-échantillon* [Fichier de données]. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=89121&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=).

183. STATISTIQUE CANADA. (2009-09-22). *Tableau 6 – Répartition selon âge médian des populations inuite et non autochtone, Canada, 2006* [Fichier de données]. (Extrait le 10 février 2011 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/table/t6-fra.cfm).

184. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). *Situation des particuliers dans la famille de recensement, groupes d'âge et sexe pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon.* [Fichier de données]. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89024&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=688&Temporal=2006&THEME=68&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

185. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-07). *Groupe d'âge de l'enfant, structure de la famille de recensement et sexe pour les enfants dans les familles de recensement dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensements de 2001-2006 – Données-échantillon (20%)* [Fichier de données]. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89021&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=683&Temporal=2006&THEME=68&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

186. STATISTIQUE CANADA. (2010-03-09). *Situation des particuliers dans la famillie de recensement, groupes d'âge et sexe pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2001 – Données-échantillon* [Fichier de données]. (Extrait le 29 novembre 2010 de http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=55732&APATH=3&GID=431515&METH=1&PTYPE=55440&THEME=39&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=0&GK=0&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0).

187. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status, Aboriginal Identity and Sex for Persons 12 to 29 years of age in Private Households of Canada, 1996 Census – 20% sample data* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 6 décembre 2010).

188. DUPUY, R., F. MAYER, et R. MORISSETTE. (2000). *Les jeunes ruraux : rester, quitter, revenir.* (Ottawa : Statistique Canada).

189. BALLENGER, J. C. et R. B. LYDIARD. (1997). Panic Disorder: Results of a Patient Survey. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental,* 19(S1), S27-S33.

190. SHAIENKS, D. et T. GLUSZYNSKI. (2009). *Transitions entre les études et le marché du travail chez les jeunes adultes.* (Ottawa : Statistique Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada).

191. STATISTIQUE CANADA. (2008). *Gains et revenus des Canadiens durant le dernier quart de siècle, Recensement de 2006.* (Ottawa : Statistique Canada).

192. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *LFS by education, detailed age, sex and province* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 6 décembre 2010).

193. GILMORE, J. (2010). Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs. *Questions d'éducation: le point sur l'éducation, l'apprentissage et la formation au Canada,* 7(4).

194. RAYMOND, M. (2008). *Décrocheurs du secondaire retournant à l'école.* (Ottawa : Statistique Canada).

195. MAXIM, P. et J. WHITE (2006). School Completion and Workforce Transitions Among Urban Aboriginal Youth. En *Aboriginal Policy Research: Moving Forward, Making a Difference* Volume 3, (p. 33-52). (Toronto : Thompson Education Books).

196. STATISTIQUE CANADA. (2008). *Recensement de 2006 : Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : résultats.* (Ottawa : Statistique Canada).

197. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPMENT ÉCONOMIQUES. (2010). *Regards sur l'éducation 2010 : Panorama.* (Publication de l'OCDE).

Références

198. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-13). *Tableau E.1.2.2 Taux de fréquentation en éducation des 18 à 34 ans, selon le groupe d'âge et le type d'institution fréquentée, Canada, provinces et territories, 1995-1996, 2000-2001 et 2005-2006 à 2009-2010* [Fichier de données]. (Extrait le 6 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/pub/81-582-x/2010004/tbl/tble1.2.2-fra.htm).

199. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). *Principal domaine d'études – Classification des programmes d'enseignement, 2000, plus haut certificat, diplôme ou grade postsecondaire, groupes d'âge et sexe pour la population de 15 ans et plus ayant fait des études postsecondaires, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=93582&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=75&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=1&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

200. STATISTIQUE CANADA. *CANSIM Tableau 282-0004 – Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel.* Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

201. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-07). *Profession – Classification type des professions de 1991 (historique), groupes d'âge et sexe pour la population active de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensements de 1996 à 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 27 avril 2011 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=92105&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=743&Temporal=2006&THEME=74&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

202. STATISTIQUE CANADA. (2006). Dernier communiqué de l'Enquête sur la population active. *Le Quotidien [Vendredi, le 6 mai, 2011].*

203. SHILLINGTON, R. (1999-01-29). *What Should be the True Definition of Poverty?* (Extrait le 8 juin 2011 de http://www.shillington.ca/poverty/ts012999.htm).

204. SMITH, A. (1904). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations.* Fifth Edition. (London : Methuen & Co., Ltd.).

205. STATISTIQUE CANADA. (2010). *Les lignes de faible revenu, 2008-2009.* (Ottawa : Statistique Canada).

206. STATISTIQUE CANADA. (2011-04-21). *Survey of Labour and Income Dynamics: Reference year 1976 – 2008. Youths, aged 12 to 19 years, and Young adults, aged 20 to 29 years, living in low income households, after tax* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 21 avril 2011).

207. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Average before and after tax income, Canada (current dollars)* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 6 décembre 2010).

208. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. (2010-09-22). S'endetter pour étudier : Le défi de la gestion du remboursement des prêts étudiants au Canada. *Les défi de la gestion et du remboursement des prêts étudiants au Canada [3].*

209. BERGER, J. (2009). Student debt in Canada. En J.Berger, A. Motte, & A. Parkin (Eds.), *The Price of Knowledge: Access and Student Finance in Canada* Fourth Edition, (p. 181-206). (Montreal : Canada Millennium Scholarship Foundation).

210. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.*

211. *Mental Health in Youth and Education. Consensus paper.* (2008). (Luxembourg : European Communities).

212. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ONTARIO). (2009-09). *The Connection between Mental and Physical Health.* (Extrait le 8 juin 2011 de http://www.ontario.cmha.ca/fact_sheets.asp?cID=3963).

213. HIMELHOCH, S., A. LEHMAN, J. KREYENBUHL, G. DAUMIT et al. (2004). Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among Those With Serious Mental Illness. *American Journal of Psychiatry,* 161(12), 2317-2319.

214. MCINTYRE, R. S., J. Z. KONARSKI, J. K. SOCZYNSKA, K. WILKINS et al. (2006). Medical Comorbidity in Bipolar Disorder: Implications for Functional Outcomes and Health Service Utilization. *Psychiatric Services,* 57(8), 1140-1144.

215. KEYES, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist,* 62(2), 95-108.

216. KEYES, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior,* 43 (June)(2), 207-222.

Références

217. PAPE, B. et J.-P. GALIPEAULT. (2002). *Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale – Un discussion.* (Préparé pour l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada).

218. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : Explorer la santé mentale positive.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

219. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 : Annuel* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

220. LE CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS. (2011). *RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results – Adult, Youth, Child, revised edition.*

221. STATISTIQUE CANADA. (2010-06-28). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes régions homologues (limites de 2007) et groupes régions homologues, occasionnel* [Fichier de données]. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=E9D1A779D32AEAC1835F220E15EE9411?id=1050501&searchTypeByValue=1&pattern=1050501&lang=fra).

222. TAYLOR, C., T. PETER, K. SCHACHTER, S. PAQUIN et al. (2008). *Youth Speak Up about Homophobia and Transphobia: The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools. Phase One Report.* (Toronto : Egale Canada Human Rights Trust).

223. OPRANA, H. M., L. LEMYRE, et R. GRAVEL. (2009). Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environment social. *Rapports sur la santé,* 20(1), 21-28.

224. HEISZ, A. et L. MCLEOD. (2004). *Le faible revenu dans les régions métropolitaines de recensement.* (Ottawa : Statistique Canada).

225. EVENSON, J. (2009). *Youth Homelessness in Canada: The Road to Solutions.* (Toronto : Chez Toit).

226. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour un stratégie en matière de santé mentale au Canada.*

227. LINK, B. G., E. L. STRUENING, S. NEESE-TODD, S. ASMUSSEN et al. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services,* 52(12), 1621-1626.

228. BIRKETT, M., D. L. ESPELAGE, et B. KOENIG. (2009). LGB and Questioning Students in Schools: The Moderating Effects of Homophobic Bullying and School Climate on Negative Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence,* 38(7), 989-1000.

229. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-04-08). *Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école.* (Extrait le 13 janvier 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/qasos-qose/qasos-qose-fra.php).

230. UNIVERSITÉ MCGILL. (s.d.). *Trouble de l'humeur.* (Extrait le 2 décembre 2010 de http://www.mcgill.ca/mentalhealth/depression/).

231. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2009-02). *Mortality and Burden of Disease Estimates for WHO Member States in 2004* [Fichier de données]. (Extrait le 2 décembre 2010 de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbddeathdalycountryestimates_persons_age_2004.xls).

232. STATISTIQUE CANADA. (2007-06-22). *CANSIM Tableau 105-1100 Profil de la santé mentale et du bien-être, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, occasionnel* [Fichier de données]. (Extrait le 2 décembre 2010 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=2A9D5CF20F6874AD4DD6D7AB249E8CAF?id=1051100&searchTypeByValue=1&pattern=1051100&lang=fra).

233. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 : Cycle 1.2* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

234. SHIELDS, M. (2004). Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. *Rapports sur la santé,* 15(Supplément), 51-90.

235. RAMAGE-MORIN, P. L. (2004). Trouble panique et comportements d'adaption. *Rapports sur la santé,* 15(Supplément), 37-72.

236. YONKERS, K. A., C. ZLOTNICK, J. ALLSWORTH, M. WARSHAW et al. (1998). Is the Course of Panic Disorder the Same in Women and Men? *American Journal of Psychiatry,* 155(5), 596-602.

Références

237. WITTCHEN, H. U. et C. A. ESSAU. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27(Supplement 1), 47-68.

238. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. (Washington : American Psychiatric Association).

239. ROULLIN, F. (1997). Epidemiology of Panic Disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12(S1), S7-S12.

240. SANTÉ CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2003). *Rapport de surveillance de la santé des femmes*. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

241. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

242. (2008). Understanding Eating Disorders. *NIH MedlinePlus the Magazine, 3*, 17-19.

243. SMOKOWSKI, P. R. et K. H. KOPASZ. (2005). Bullying in School: An Overview of Types, Effects, Family Characteristics, and Intervention Strategies. *Children and Schools*, 27(2), 101-110.

244. KIM, Y. S. et B. LEVENTHAL. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 133-154.

245. CORVO, K. et E. DELARA. (2010). Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence? *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 181-190.

246. MCMASTER, L. E., J. CONNOLLY, D. PEPLER, et W. M. CRAIG. (2002). Peer to peer sexual harassment in early adolescence: A developmental perspective. *Development and Psycopathology*, 14(1), 91-105.

247. PEPLER, D. J. et W. CRAIG. (2007). *Binoculars on bullying: a new solution to protect and connect children*. (Voices for Children).

248. SAEWYC, E. M., C. L. SKAY, S. L. PETTINGELL, E. A. REIS et al. (2006). Hazards of Stigma: The Sexual and Physical Abuse of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents in the United States and Canada. *Child Welfare*, 85(2), 195-213.

249. WELLS, K. (2009). Sieccan Newsletter: Research exploring the health, wellness, and safety concerns of sexual minority youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(4), 221-229.

250. OGRODNIK, L. (2010). *Les enfants et les jeunes victimes de crimes violents déclarés par la police, 2008*. (Ottawa : Statistique Canada).

251. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-01). *Victims of Violent Violations by Age Group, Sex, Accused-Victim Relationship, 2009* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 29 avril 2011).

252. STATISTIQUE CANADA. (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. (Ottawa : Statistique Canada).

253. MAHONY, T. H. (2010). La violence dans le cadre des fréquentations intimes déclarée par la police au Canada, 2008. *Juristat*, 30(2).

254. POULIN, C. et D. ELLIOT. (2009). *A Picture of Health – Highlights from the 2008 BC Adolescent Health Survey*. (Vancouver : McCreary Centre Society).

255. STATISTIQUE CANADA. (2010-12-07). *Deaths 2007, All Chapters* [Fichier de données personalisé]. (Extrait le 21 décembre 2010).

256. CORNELL UNIVERSITY FAMILY LIFE DEVELOPMENT CENTER. (s.d.). *What do we know about self-injury?* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.crpsib.com/whatissi.asp).

257. POWER, J. et S. L. BROWN. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels*. (Service correctionnel du Canada).

258. INTERDISCIPLINARY NATIONAL SELF-INJURY IN YOUTH NETWORK CANADA. (s.d.). *General Information on Self-Injury*. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.insync-group.ca/information.php).

259. NIXON, M. K., P. CLOUTIER, et S. M. JANSSON. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 178(3), 306-312.

260. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. (s.d.). *Les jeunes et l'automutilation*. (Extrait le 2 décembre 2010 de http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-1036&lang=2).

261. POLK, E. et M. LISS. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 567-577.

262. WHITLOCK, J. (2009). *The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence*. (Ithica : Act for Youth Center of Excellence).

263. WHITE KRESS, V. E., D. M. GIBSON, et C. A. REYNOLDS. (2004). Adolescents who self-injure: Implications and strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, 7(3), 195-201.

264. YATES, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.

265. FLIEGE, H., J. R. LEE, A. GRIMM, et B. F. KLAPP. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.

266. ROSS, S. et N. HEATH. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.

267. WHITLOCK, J., J. ECKENRODE, et D. SILVERMAN. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.

268. YORK UNIVERSITY. (2009-09-04). *Three out of 10 students in study intentionally harm themselves*. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.yorku.ca/yfile/archive/index.asp?Article=13196).

269. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2011). *Indicateurs de santé, 2011*. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

270. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0540 Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&ArrayId=1020540&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

271. SANTÉ CANADA. (2005). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000*. (Ottawa : Santé Canada).

272. CHANDLER, M. J. et C. E. LALONDE. (1998). Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.

273. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-21). *CANSIM Tableau 102-0704 Mortalité, selon certaines causes de décès (CIM-10) et le sexe, moyenne de cinq ans, Canada et régions inuites, aux 5 ans* [Fichier de données]. (Extrait le 30 mai 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05;jsessionid=E4E8C840F56D77F08CBD6C552FCD7D27?id=1020704&stByVal=3&paSer=&lang=fra).

274. SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER. (2008). *Suicide Risk and Prevention for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*. (Preparé pour le Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Service; Administration US Department of Health and Human Services). (Newton : Education Development Centre, Inc.).

275. SAEWYC, E. M., C. POON, N. WANG, Y. HOMMA et al. (2007). *Not Yet Equal: The Health of Lesbian, Gay, & Bisexual Youth in BC*. (Vancouver : McCreary Centre Society).

276. TRANS PULSE. (s.d.). *The Trans PULSE Project: Overview*. (Extrait le 27 avril 2011 de http://transpulse.ca/aboutTransPulse.html#A4).

277. TRANS PULSE. (2010). Ontario's Trans Communities and Suicide: Transphobiais Bad for Our Health. *Trans PULSE E-Bulletin*, 1(2).

278. ASSOCIATION DES COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DU CANADA. (2009). *Statistiques nationales des accidents, maladies et décès professionnels, 2006-2008*. (Association des Commissions des Accidents du Travail du Canada).

279. ASSOCIATION DES COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DU CANADA. *Programme national de statistiques sur les accidents du travail, 2010*. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

280. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

281. NORTHRIDGE, J., O. F. RAMIREZ, J. A. STINGONE, et L. CLAUDIO. (2010). The Role of Housing Type and Housing Quality in Urban Children with Asthma. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(2), 211-224.

Références

282. INUIT TAPIRIIT KANATAMI. (2010-03-10). *Inuit TB rate doubles to 185 times the rate of Canadian-born non-aboriginals; First Nations rate 31 times higher.* (Extrait le 19 mai 2011 de http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-tb-rate-doubles-185-times-rate-canadian-born-non-aboriginals-first).

283. MENZIES, D. (2003). Screening immigrants to Canada for tuberculosis: Chest radiography or tuberculin skin testing? *Journal de l'Association Médicale Canadienne,* 169(10), 1035-1036.

284. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, 2010.* Lutte antituberculeuse. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

285. FIRST NATIONS, MÉTIS, et INUIT GBA. (s.d.). *Tuberculosis.* (Extrait le 27 mai 2011 de http://www.aboriginalgba.ca/category.aspx?catid=121&rt=1).

286. CLARK, M., P. RIBEN, et E. NOWGESIC. (2002). The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities. *International Journal of Epidemiology,* 31(5), 940-945.

287. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2006). *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

288. STATISTIQUE CANADA. *Enquête santé Canada, 1978* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

289. STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007 : Cycle 1* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

290. SHIELDS, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. *Rapports sur la santé,* 17(3), 27-42.

291. COLE, T. J., K. M. FLEGAL, D. NICHOLLS, et A. A. JACKSON. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal,* 335(7612).

292. SANTÉ CANADA. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes.* (Ottawa : Santé Canada).

293. PÉREZ, C. E. (2002). État de santé et comportement influant sur la santé des immigrants. *Rapports sur la santé,* 13(Supplément), 99-112.

294. SHIELDS, M. et M. TREMBLAY. (2008). Profil du temps passé devant un écran par les adultes canadiens. *Rapports sur la santé,* 19(2), 34-47.

295. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2000 : Cycle 1.1* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

296. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2011). *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé.*

297. GARRIGUET, D. (2004). *Vue d'ensembel des habitudes alimentaires des Canadiens.* (Ottawa : Statistique Canada).

298. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004 : Cycle 2.2* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

299. KUHLE, S. et P. J. VEUGELERS. (2008). Pourquoi le gradient social de santé ne s'applique-t-il pas à l'embonpoint? *Rapports sur la santé,* 19(4), 7-16.

300. PARK, J. (2009). Obésité et travail. *L'emploi et le revenu en perspective,* 10(2), 15-24.

301. HE, X. Z. et D. W. BAKER. (2005). Differences in leisure-time, household, and work-related physical activity by race, ethnicity, and education. *Journal of General Internal Medicine,* 20(3), 259-266.

302. STARKY, S. (2005). *L'épidémie d'obésité au Canada.* (Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaires).

303. SANTÉ CANADA. (2003). *Relever le défi posé par le diabète au Canada : Premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD).* (Ottawa : Santé Canada).

304. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-07-25). *Données de diabète – NDSS 2000-2001 à 2004-2005 Tables de Données canadiennes, de Province et Territoriales (PDF) et les Dossiers de Recherche (CSV)* [Fichier de données]. (Extrait le 16 novembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/ndss-snsd/francais/diabetes_data/donnees_2000-2001-fra.php).

305. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-07-25). *Données de diabète – NDSS 1997-1998 à 1999-2000 Tables de Données canadiennes, de Province et Territoriales (PDF) et les Dossiers de Recherche (CSV)* [Fichier de données]. (Extrait le 17 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/ndss-snsd/english/diabetes_data/data_1997-2000-eng.php).

306. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Système national de surveillance du diabète, 2010*. Centre de prévention et de controle des maladies chroniques. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

307. DANIELS, S. R. (2006). The Consequences of Childhood Overweight and Obesity. *The Future of Children*, 16(1), 47-67.

308. STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des peuples autochtones : Adultes, 2006, Fichier des personnes* [Fichier de microdonnées Usage publique]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Statistique Canada. Division des enquêtes spéciales [producteur et distributeur]. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

309. COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. (2009). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2009*. (Toronto : Société canadienne du cancer).

310. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER, et STATISTIQUE CANADA. (2009-11-17). *Cancer Surveillance On-Line* [Fichier de données]. (Extrait le 1 novembre 2010 de http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/cancer/c_dis-fra.php).

311. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, 2011*. Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

312. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2008*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

313. OLIVER, L. N. et D. E. KOHEN. (2010). Incidence du quartier sur les taux d'hospitalisation des enfants et des adolescents pour blessure non intentionnelle. *Rapports sur la santé*, 21(4), 9-18.

314. ASSOCIATION DES COLLÈGES COMMUNAUTAIRES DU CANADA. (2009). *Exemplary Practices in Addressing Workplace Health and Safety of Young Adults*. (Préparé pour l'Association de collèges communautaires du Canada et l'apprentissage des jeunes adultes). (Canadian Council on Learning).

315. MASEXUALITE.CA. (s.d.). *Prise en charge les patients symptomatiques et asymptomatiques*. (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.masexualite.ca/fr/health-care-professionals/sexually_transmitted_infections/managing-symptomatic-and-asymptomatic-patients).

316. MASEXUALITE.CA. (s.d.). *Recommandations pour le dépistage chez les personne asymptomatiques*. (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.masexualite.ca/fr/health-care-professionals/sexually_transmitted_infections/screening-recommendations-for-asymptomatic-individuals).

317. HEALTHLINKBC. (2011-02-15). *Check Your Symptoms. Exposure to Sexually Transmitted Infections*. (Extrait le 30 mai 2011 de http://www.healthlinkbc.ca/kb/content/symptom/stdis.html).

318. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-04-19). *Virus du papillome humain (VPH)*. (Extrait le 30 mai 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/hpv-vph/fact-faits-fra.php).

319. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*. (Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada).

Références

320. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Surveillance accrue des jeunes de la rue (SAJR) au Canada, 2011 : Cycle 5*. Ottawa, Ontario: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

321. KLEIN, F., W. F. M. AMIN KOTB, et I. PETERSEN. (2009). Incidence of human papilloma virus in lung cancer. *Lung Cancer*, 65(1), 13-18.

322. STEINBERG, L. (2007). Risk Taking in Adolescence. New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.

323. TAPERT, S. F., G. A. AARONS, G. R. SEDLAR, et S. A. BROWN. (2001). Adolescent Substance Use and Sexual Risk-Taking Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 181-189.

324. PALK, G., J. FREEMAN, A. GEE KEE, D. STEINHARDT et al. (2011). The prevalence and characteristics of self-reported dangerous driving behaviours among a young cohort. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 14(2), 147-154.

325. HARRIS, C. R., M. JENKINS, et D. GLASER. (2006). Gender Differences in Risk Assessment: Why do Women Take Fewer Risks than Men? *Judgement and Decision Making*, 1(1), 48-63.

326. PAWLOWSKI, B., R. ATWAL, et R. I. M. DUNBAR. (2008). Sex Differences in Everyday Risk-Taking Behavior in Humans. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 29-42.

327. BELL, N. J., K. K. O'NEAL, D. FENG, et C. J. SCHOENROCK. (1999). Gender and Sexual Risk. *Sex Roles*, 41(516), 313-332.

328. TYLER, J. et C. LICHTENSTIEN. (1997). Risk, protective, AOD knowledge, attitude, and AOD behavior. Factors associated with characteristics of high-risk youth. *Evaluation and Program Planning*, 20(1), 27-45.

329. WILSON, M., M. DALY, S. GORDON, et A. PRATT. (1996). Sex Differences in Valuations of the Environment? *Population and Environment*, 18(2), 143-159.

330. HESS, N. H. et E. H. HAGEN. (2006). Sex differences in indirect aggression. Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior*, 27, 231-245.

331. SEGALOWITZ, S. J., D. L. SANTESSO, T. WILLOUGHBY, D. L. REKER et al. (2011). Adolescent peer interaction and trait surgency weaken medial prefrontal cortex responses to failure. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(2).

332. DAVIDSON, S. et MANION, I. (s.d.). *La jeunesse et les maladies mentales*. (Extrait le 9 mai 2010 de http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/20).

333. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. (s.d.). *Youth Engagement Project. A Research Report and Recommendations for OPHA to Support Public Health Staff to Enhance Protective Factors, Increase Resiliency and Reduce Illicit Drug Use with Students in Grades 6-8 in Ontario.*

334. BLAIS, J. (2006). La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste! Ça sexprime, 2.

335. SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC. (s.d.). *Grossesse à l'adolescence*. (Extrait le 25 juillet 2011 de http://www.msss.gouv.qc.ca/en/sujets/prob_sociaux/teenage_pregnancy.php#resources).

336. STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), 1996* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

337. SAEWYC, E. M. (2011). Research on Adolescent Sexual Orientation: Development, Health Disparities, Stigma, and Resilience. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256-272.

338. WARGO, E. (2007). Adolescents and Risk: Helping Young People Make Better Choices. *Research Facts and Findings*, September, 1-4.

339. CONSEIL DES MINISTRES DE L'ÉDUCATION CANADA. (2003). Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada. Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements. (Canada : Conseil des ministères de l'Éducation).

340. PAGLIA-BOAK, A., R. E. MANN, E. M. ADLAF, et J. REHM. (2009). *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2009*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

341. ADLAF, E. M., A. DEMERS, et L. GLIKSMAN. (2005). *Canadian Campus Survey 2004*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

342. POULIN, C. et D. ELLIOT. (2007). *Le sondage sur l'usage de l'alcool et des drogues auprès des élèves des provinces atlantiques.* (Halifax : Dalhousie University, Department of Community Health and Epidemiology).

343. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. (2007). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes.* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

344. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Les jeunes de la rue au Canada et l'ultilisaton de substances. Constations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

345. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2007). *Youth & Drugs and Mental Health: A Resource for Professionals.* (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

346. LE RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES. (2010). *Young Women & Alcohol Abuse.* (Extrait le 9 mars 2011 de http://www.cwhn.ca/en/node/42117).

347. SIMONS-MORTON, B. G., T. FARHAT, T. F. M. TER BOGT, A. HUBLET et al. (2009). Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health,* 54(Suppl 2), 199-208.

348. POOLE, N. et C. A. DELL. (2005). *Girls, Women and Substance Use.* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

349. THATCHER, D. L. et D. B. CLARK. (2008). Adolescents at Risk for Substance Use Disorders. Role of Psychological Dysregulation, Endophenotypes, and Environmental Influences. *Alcohol and Other Drugs,* 31(2), 168-176.

350. BRADY, K. T. et R. SINHA. (2007). Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress. *Focus,* 5(2), 229-239.

351. MURPHY, A., M. CHITTENDEN, et THE MCCREARY CENTRE SOCIETY. (2005). *Time Out II: A profile of BC youth in custody.* (Vancouver : McCreary Centre Society).

352. CHETTIAR, J., K. SHANNON, E. WOOD, R. ZHANG et al. (2010). Survival sex work involvement among street-involved youth who use drugs in a Canadian setting. *Oxford Journal of Public Health,* 32(3), 332-327.

353. LAYE, A., A. MURPHY, et MCCREARY CENTRE SOCIETY. (2002). *Between the Cracks: homeless youth in Vancouver.* (Vancouver : McCreary Centre Society).

354. ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. (2007). Substance use/abuse issues among Inuit in Canada. *Presentation to the Standing Committee of the Conference of Parliamentarians of the Arctic Region,* Organisation nationale de la santé autochtone, Ottawa.

355. STATISTIQUE CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2009, Fichier personne* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Statistique Canada. Division des enquêtes spéciales [producteur et distributeur]. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

356. STATISTIQUE CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 1999 : Annuel, Fichier des personnes* [Fichier de microdonnées Usage publique]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Statistique Canada. Division des enquêtes spéciales [producteur et distributeur]. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

357. STATISTIQUE CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2006 : Annuel, Fichier des personnes* [Fichier de microdonnées Usage publique]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Statistique Canada. Division des enquêtes spéciales [producteur et distributeur]. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

358. SANTÉ CANADA. *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2008* [Fichier de microdonnées partagé]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

359. SHIELDS, M. (2007). Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire. *Rapports sur la santé,* 18(3), 71-90.

360. SANTÉ CANADA. (2010-09-27). *Tableau 9. Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison, par province et selon le groupe d'âge, Canada, 2009* [Fichier de données]. (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/ann-fra.php).

Références

361. SANTÉ CANADA. (2007-12-12). *Tableau 13. Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison par province et selon le groupe d'âge, Canada 2000* [Fichier de données]. (Extrait le 9 mars 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2000/ann_table13-eng.php).

362. SANTÉ CANADA. (2010-09-27). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2009 – Tableaux supplémentaries – Annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 6 janvier 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/ann-fra.php).

363. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Tableaux de données – L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

364. SANTÉ CANADA. (2010-06-30). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2009*. (Extrait le 16 novembre 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/summary-sommaire-fra.php).

365. REHM, J., J. PATRA, et S. POPOVA. (2006). Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001 : implications for prevention and policy. *Addiction,* 101(3), 373-384.

366. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2011). *Global status report on alcohol and health*. (Suisse : Organisation mondiale de la Santé).

367. PAK, T. (2010). Teen binge-drinking linked to adult depression: Study. *Proceedings of the 2010 Neuroscience Meeting Planner,* Proceedings of the 2010 Neuroscience Meeting Planner, San Diego, US.

368. DELL, C. A. et G. ROBERTS. (2005). *Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique au Canada.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

369. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2009* [Fichier de microdonnées Usage publique]. Ottawa, Ontario: Santé Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

370. LEA, S., K. BLACK, et M. ASBRIDGE. (2009). An overview of injuries to adolescents and young adults related to substance use: data from Canadian emergency departments. *Journal Canadien de la Médecine D'urgence,* 11(4), 330-336.

371. SANTÉ CANADA. *Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004* [Fichier de microdonnées Usage publique]. Ottawa, Ontario: Santé Canada. Tous les calculs effectués à l'aide de ces microdonnées sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteur(s).

372. DELL, C. A. et T. BEAUCHAMP. (2006). *FAQ sur l'abus de solvants volatils chez les jeunes.* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

373. RESEARCH GROUP ON DRUG USE. (2004). *Drug Use in Toronto.* (Toronto : Toronto Public Health).

374. DELL, C. A., M. SEGUIN, C. HOPKINS, R. TEMPIER et al. (2011). From Benzos to Berries: Treatment Offered at an Aboriginal Youth Solvent Abuse Treatment Centre Relays the Importance of Culture (In Review). *Canadian Journal of Psychiatry,* 56(2), 75-83.

375. COLLINS, C. (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : IV. Usage, prévalence et conséquences.* (Bibliothèque du Parlement).

376. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2011-07-01). *Vous connaissez... Le cannabis*. (Extrait le 5 juillet 2011 de http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/cannabis_dyk_fr.html).

377. SANTÉ CANADA. (2009-12-21). *Préoccupations liées à la santé : Cannabis/marijuana (aussi hachisch, huile de hachisch et chanvre)*. (Extrait le 1 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/learn-renseigne/cannabis-fra.php).

378. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2011-07-01). *Vous connaissez... La cocaïne*. (Extrait le 5 juillet 2011 de http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/cocaine_dyk_fr.html).

379. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2011-07-01). *Vous connaissez... L'ecstasy*. (Extrait le 5 juillet 2011 de http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/ecstasy_dyk_fr.html).

380. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2011-07-01). *Vous connaissez... Les hallucinogènes*. (Extrait le 5 juillet 2011 de http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/hallucinogens_dyk_fr.html).

381. SANTÉ CANADA. (2009-12-14). *Préoccupations liées à la santé : Ecstasy*. (Extrait le 1 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/learn-renseigne/ecstasy-fra.php).

382. SANTÉ CANADA. (2009-02-24). *Préoccupations liées à la santé : Cocaine et crack*. (Extrait le 1 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/learn-renseigne/cocaine-fra.php).

383. TORJMAN, S. (2010-03). *Obstables aux études postsecondaire*. (Extrait le 2 mai 2011 de http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/861FRE.pdf).

384. O'DOUGHERTY-WRIGHT, M. et A. S. MASTEN (2006). Resilience Processes in Development: Fostering positive adaptation in the context of adversity. En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (New York : Springer Science + Business Media, Inc.).

385. MASTEN, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

386. WERNER, E. (2005). Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Research, Policy and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.

387. BODENMANN, G., T. LEDERMANN, M. R. SANDERS, et A. CINA. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Program in improving parenting and child behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 411-427.

388. SANDERS, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 506-517.

389. PETITCLERC, A. et S. BRAUN. (2009). Triple P Positive Parenting Program. *Apprentissage chez les jeunes enfants bulletin*, 4(1), 7-8.

390. SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA. (2008). *Programmes en milieu familial de prévention et de réduction de la criminalité juvénile*. (Extrait le 25 février 2011 de http://www.publicsafety.gc.ca/res/cp/res/_fl/red-juv-cri-fra.pdf).

391. HAHLWEG, K., N. HEINRICHS, A. KUSCHEL, H. BERTRAM et al. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: Is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(14).

392. RALPH, A. et SANDERS, M. R. (2004-08). The 'Teen Triple P' Positive Parenting Program: A Preliminary Evaluation. *[282]*, pp. 1-6.

393. HEALTHY CHILD MANITOBA. (s.d.). *Population-Based Research*. (Extrait le juin 23 2011 de http://www.gov.mb.ca/healthychild/pdre/pop_based.html).

394. HEALTHY CHILD MANITOBA OFFICE. (2011). *Annual Report 2009/10*. (Winnipeg : Healthy Child Manitoba).

395. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2008-09-09). *Strengthening Families for the Future*. (Extrait le 28 mars 2011 de http://www.camh.net/Publications/CAMH_Publications/strengthen_families.html).

396. FOXCROFT, D. R., D. IRELAND, D. J. LISTER-SHARP, G. LOWE et al. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98(4), 397-411.

397. SPOTH, R. L., C. REDMOND, et C. SHIN. (2001). Randomized Trial of Brief Family Interventions for General Populations: Adolescent Substance Use Outcomes 4 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 627-642.

398. COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. (2008-10-20). *You Can Never be Too Safe. WSIB Launches New Workplace Safety Awareness Campaign*. (Extrait le 20 juillet 2011 de http://www.wsib.on.ca/files/Content/News%20ReleaseWorkplaceSafetyAwareness/CoreCampaign2008.pdf).

399. ECHENBERG, H. et H. JENSEN. (2008). *L'itinérance au Canada : Définition et recensements*. (Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaires).

400. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

401. HIGGITT, N., S. WINGERT, J. RISTOCK, M. BROWN et al. (2003). *Voices from the Margins: Experiences for Street-Involved Youth in Winnipeg*. (Winnipeg : Winnipeg Inner-city Research Alliance).

402. COVELL, K. (2010-05-18). *Les droits de l'enfant – quatrème partie : protection de l'enfance et jeunes de la rue*. (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.aboutkidshealth.ca/fr/news/series/rightsofchildren/pages/the-rights-of-children-part-four-child-protection-and-youth-on-the-street.aspx?k=laws;+children?s+rights;+the+un+convention+on+the+rights+of+the+child;+social+support;+social+problems;+juvenile+delinquency;+child+welfare;+foster+care).

Références

403. FÉDÉRATION CANADIENNE DES MUNICIPALITÉS. (2008). *La qualité de vie dans les municipalités canadiennes. Logement abordable et itinérance : tendances et enjeux.* (Fédération canadienne des municipalités).

404. MILLAR, H. (2009). *Rehousing Vancouver's Street-Involved Youth.* (Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politique publiques).

405. ALBERTA SECRETARIAT FOR ACTION ON HOMELESSNESS. (2008). *A Plan for Alberta: Ending Homelessness in 10 years.*

406. EVA'S INITIATIVES. (s.d.). *Eva's Phoenix.* (Extrait le 25 février 2011 de http://www.evasinitiatives.com/e-phoenix.php).

407. EVA'S INITIATIVES. (s.d.). *Eva's Phoenix Tool Kit.* (Extrait le 10 mars 2011 de http://www.evasinitiatives.com/EVAsToolKit/CHP-15/chapt_15-1.htm).

408. THE LEARNING COMMUNITY. (s.d.). *Welcome to the Learning Community.* (Extrait le 26 juillet 2011 de http://learningcommunity.ca/).

409. EVA'S INITIATIVES. (s.d.). *Prix pour l'innovation 2011.* (Extrait le 26 juillet 2011 de http://www.evasinitiatives.com/innovationawards_francais.php).

410. WINLAND, D., S. GAETZ, et T. PATTON. (2011). *Family Matters – Homeless Youth & Eva's Initiative's "Family Reconnect" Program.* (Toronto : The Canadian Homelessness Research Network Press).

411. ST. JOHN'S HOUSING AND HOMELESSNESS NETWORK. (2008). *A Community Report Card on the state of Youth Homelessness in St. John's.* (St. John's : St. John's Housing and Homelessness Network).

412. COMMUNITY YOUTH NETWORK. (s.d.). *Choices for Youth.* (Extrait le 21 juillet 2011 de http://www.cyn-stjohns.nf.ca/main.php?sid=48).

413. COMMUNITY YOUTH NETWORK. (s.d.). *Naomi Centre.* (Extrait le 21 juillet 2011 de http://www.cyn-stjohns.nf.ca/main.php?sid=59).

414. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2003). *Applicabilité d'un modèle de continuum de services pour gérer le problème des sans-abri.* (Canada : Société canadienne d'hypothèques et de logement).

415. PATHWAYS TO HOUSING INC.(NEW YORK). (2005). 2005 APA Gold Award: Providing Housing First and Recovery Services for Homeless Adults with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services,* 56(10), 1303-1305.

416. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s.d.). *At Home.* (Extrait le 31 mars 2011 de http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/homelessness.aspx).

417. CENTRES AUTOCHTONES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE L'ONTARIO. (2010). *Our health, our future.* (Toronto : Centres autochtones d'accès aux soins de santé de l'Ontario).

418. WABANO CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH. (s.d.). *About Us.* (Extrait le 21 février 2011 de http://www.wabano.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=60).

419. SOCIAL DATA RESEARCH LTD. (2005). *Evaluation of and Recommendations for Services for the Aboriginal Homeless in Ottawa.* (Préparé pour l'Équipe de renforcement de la capacité communautaire (ERCC) pour venir en aide aux sans-abri, ville d'Ottawa).

420. WABANO CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH. (s.d.). *Mobile Health and Addictions Outreach Program.* (Extrait le 21 février 2011 de http://www.wabano.com/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=28).

421. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2011-02-11). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2007 à 2011.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/spli_2007_2011.shtml).

422. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2011-06-28). *La Stratégie des partenariats de luttle contre l'itinérance.* (Extrait le 13 juillet 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/index.shtml).

423. DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. (2003). Évaluation de l'Initiative nationale pour les sans-abri : Mise en œuvre et résultats immédiats des composantes relevant de DRHC.

424. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2011). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2007 à 2011 : Collectivités désignées.* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/spli_2007_2011.shtml).

425. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2007 à 2011 : Collectivités éloingées.* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/spli_2007_2011.shtml).

426. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2007 à 2011 : Collectivités autochtones.* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/spli_2007_2011.shtml).

427. ALBERTA SECRETARIAT FOR ACTION ON HOMELESSNESS. (2010). *2009-10 Report to the Minister. Progress Report on the Implementation of A Plan for Alberta: Ending Homelessness in 10 Years.*

428. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2007 à 2011 : Développement des connaissances sur l'itinérance.* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/spli_2007_2011.shtml).

429. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2011-05-06). *Bienvenue au SISA.* (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.sisa.ca/index-fra.shtml).

430. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1996). *Regional Guidelines. Development of health-promoting schools – A framework for action.* (Manille : Organisation mondiale de la Santé. Bureau regional du Pacifique Occidental).

431. STEWART-BROWN, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* (Copenhague : OMS Bureau Régionale de l'Europe).

432. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s.d.). *School and Youth Health. What is a health promoting school?* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html).

433. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2011). *School health and youth health promotion.* (Extrait le 15 juillet 2011 de http://www.who.int/school_youth_health/en/).

434. UNESCO. (2002). *FRESH : une approche globale de la santé scolaire pour réussir l'EPT.* (Paris : UNESCO).

435. VEUGELERS, P. J. et M. E. SCHWARTZ. (2010). Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada. *Revue canadienne de santé publique,* 101(2), S5-S8.

436. CONSORTIUM CONJOINT POUR LES ÉCOLES EN SANTÉ. (s.d.). *Consortium conjoint pour les écoles en santé : Collaboration des gouvernements dans les secteurs de la santé et de l'éducation.* (Extrait le 25 juillet 2011 de http://www.jcsh-cces.ca/upload/About%20the%20Consortium.pdf).

437. CONSORTIUM CONJOINT POUR LES ÉCOLES EN SANTÉ. (2010-11). Comprehensive School Health Highlights. *1 [1],* pp. 1-4.

438. PASSEPORT POUR MA RÉUSSITE CANADA. (s.d.). *Accueil.* (Extrait le 3 mai 2011 de http://www.pathwaystoeducation.ca/french/index.html).

439. PASSEPORT POUR MA RÉUSSITE CANADA. (s.d.). *Essential Elements of Pathways to Education Program.* (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.pathwaystoeducation.ca/element.html).

440. PASSEPORT POUR MA RÉUSSITE CANADA. (s.d.). *Measured Results.* (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.pathwaystoeducation.ca/results.html).

441. COUNCIL OF ONTARIO UNIVERSITIES. (s.d.). *Professor awarded grant to study struggling students.* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.cou.on.ca/news/media-releases/university/professor-awarded-grant-to-study-struggling-studen.aspx).

442. THE BOSTON CONSULTING GROUP. (2007). *BCG Assessment of Pathways to Education: Executive Summary.* (The Boston Consulting Group).

443. ASSOCIATION DES UNIVERSITÉS ET COLLÈGES DU CANADA. (2007). *Tendances dans le milieu universitaire. Volume 1 : Effectifs.* (Ottawa : Association des universités et collèges du Canada).

444. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2011). *La prochaine phase du Plan d'action économique du Canada. Des impôts bas pour stimuler la croissance et l'emploi.* (Ottawa : Gouvernement du Canada).

445. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISAGE. (2009-04-01). *Enseignement postsecondaire au Canada : Qui sont les laissés-pour-compte?* (Extrait le 2 mai 2011 de http://www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/04_01_09-F.pdf).

446. CENTRE FOR ABORIGINAL HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT INC. (s.d.). *Centre for Aboriginal Human Resource Development Inc. 2008-2009 Annual Report.*

447. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2009-12-21). *Le Centre pour Aboriginal Human Resource Development Inc.* (Extrait le 15 mars 2011 de http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/ss/wp/index-fra.asp).

448. LYNCH, J., G. D. SMITH, S. HARPER, M. HILLEMEIER et al. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *The Milbank Quarterly,* 82(1), 5-99.

Références

449. WILKINS, R., J.-M. BERTHELOT, et E. NG. (2002). Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. *Rapports sur la santé,* 13(Supplément), 51-80.

450. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010-06-23). *Programme éco-stages jeunesse.* (Extrait le 15 novembre 2010 de http://www.youth.gc.ca/eng/topics/jobs/yeip.shtml).

451. FRANK, L. D., M. A. ANDERSON, et T. L. SCHMID. (2004). Obesity Relationships with Community Design, Physical Activity, and Time Spent in Cars. *American Journal of Preventive Medicine,* 27(2), 87-96.

452. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011). *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé.*

453. LOUV, R. (2007). Leave No child Inside. *Proceedings of the Testimony for the Interior and Environmental Subcommittee presented to the United States House of Representatives.*

454. FLYNN, R. J. (2008). Communities that Care: A Comprehensive System for Youth Prevention and Promotion, and Canadian Applications to Date. *Revue de l'IPC,* 2, 83-106.

455. HAWKINS, J. D. (1999). Preventing Crime and Violence Through Communities that Care. *European Journal on Criminal Policy and Research,* 7(4), 443-458.

456. THE INTERNATIONAL RESILIENCE PROJECT. (2006). *International Resilience Project: Project Report.* (Halifax : The International Resilience Project, School of Social Work).

457. UNGAR, M., M. BROWN, L. LIEBENBERG, M. CHEUNG et al. (2008). Distinguishing differences in pathways to resilience among Canadian youth. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire,* 27(1), 1-13.

458. UNGAR, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work,* 38(2), 218-235.

459. UNGAR, M. (2005). Introduction. En M.Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (p. xxviii-xxxix). (California : Sage Publications).

460. SECCOMBE, K. (2002). "Beating the odds" versus "changing the odds": Poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and Family,* 64(2), 384-394.

461. GOLDSTEIN, S. et R. B. BROOKS (2006). Why study resilience? En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (p. 3-16). (New York : Springer Science + Business Media Inc.).

462. KAPLAN, H. B. (2006). Understanding the Concept of Resilience. En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (p. 39-48). (New York : Springer Science + Business Media Inc.).

463. GOLDSTEIN, S. et R. B. BROOKS (2006). The Future of Children Today. En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (p. 397-400). (New York : Springer Science + Business Media Inc.).

464. BARANKIN, T. et N. KHANLOU. (2009). *Growing Up Resilient: Ways to Build Resilience in Children and Youth.* (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

465. RESILIENCE RESEARCH CENTRE. (2010-12-08). *The Resilience Research Centre (RRC).* (Extrait le 27 juin 2011 de http://www.resilienceproject.org/index.html).

466. THE INTERNATIONAL RESILIENCE PROJECT. (2006). *Southern Canada.* (Halifax : The International Resilience Project).

467. THE INTERNATIONAL RESILIENCE PROJECT. (2006). *Northern Canada.* (Halifax : The International Resilience Project).

468. RESILIENCE RESEARCH CENTRE. (2009-12-23). *Pathways Taken by Youth.* (Extrait le 3 mai 2011 de http://www.resilienceproject.org/resilience_10374.html).

469. POLLACK, W. S. (2006). Sustaining and Reframing Vulnerability and Connection: Creating Genuine Resilience in Boys and Young Males. En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (p. 65-77). (New York : Springer Science + Business Media Inc.).

470. JORDAN, J. V. (2006). Relational Resilience in Girls. En S.Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (p. 79-90). (New York : Springer Science + Business Media Inc.).

471. HAWKINS, S. R., P. W. GRAHAM, J. WILLIAMS, et M. A. ZAHN. (2009). *Resilient Girls – Factors that protect against delinquency.* (Washington D.C. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Girls Study Group).

472. CINQ-MARS, C., J. WRIGHT, M. CYR, et P. MCDUFF. (2003). Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse,* 12(2), 1-18.

473. GRACE, A. P. (2011). *Using Sexual-Minority Youth Reslience to Inform Queer Critical Theory Building and Educational Policy Making.* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.ismss.ualberta.ca/research.htm).

474. JACKSON, C., S. HAW, et J. FRANK. (2010). *Adolescent and Young Adult Health in Scotland: Interventions that address multiples risk behaviors or tae a generic approach to risk in youth.* (Edinburgh : Scottish Collaboration for Public Health Research).

475. PHAC INNOVATION STRATEGY, STRATEGIC INITIATIVES AND INNOVATIONS DIRECTORATE HEALTH PROMOTION AND CHRONIC DISEASE PREVENTION BRANCH. (s.d.). *Diagram: Promoting Mental Health & Well-Being. Building Protective Factors across the Life Course,* (Informed by evidence based research for mental health promotion [Keleher & Armstrong, 2005]). Inédit.

476. NATIONAL MENTAL HEALTH DEVELOPMENT UNIT. (2010). *Public mental health and well-being.* (London : Department of Health, United Kingdom).

477. COMITÉ SÉNATORIAL DES AFFAIRES SOCIALES, SCIENCE, et DE LA TECHNOLOGIE. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada.*

478. CHROMIK CONSULTING & RESEARCH LIMITED. *Inequalities in Mental Health and Vulnerable Populations*. Inédit.

479. SETTERSTEN, R. A. (2004). Social Policy and the Transition to Adulthood. 16. (MacArthur Foundation Research Network on Transitions to Adulthood and Public Policy).

480. ANESHENSEL, C. S. (2009). Toward Explaining Mental Health Disparities. *Journal of Health and Social Behavior,* 50(4), 377-394.

481. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

482. HOROWITZ, J. L. et J. GARBER. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 74(3), 401-415.

483. STICE, E., H. SHAW, C. BOHON, C. N. MARTI et al. (2009). A Meta-Analytic Review of Depression Prevention Programs from Children and Adolescents: Factors that Predict Magnitude of Intervention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 77(3), 486-503.

484. KAVANAGH, J., S. OLIVER, T. LORENC, J. CAIRD et al. (2009). School-based cognitive-behavioral interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review,* 18(1), 61-78.

485. PAYNE, K. A. et G. MYHR. (2010). Accroître l'accès à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le traitement de la maladie mentale au Canada : cadre de recherche et appel à l'action. *Politique de santé,* 5(3), e173-e185.

486. BLAKE, S. M., H. AMARO, P. M. SCHWARTZ, et L. J. FLINCHBAUGH. (2001). A Review of Substance Abuse Prevention Interventions for Young Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence,* 21(3), 294-324.

487. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2008-01-16). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children and Youth.* (Extrait le 20 juillet 2011 de http://www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Best_Practice_MHYouth/index.html).

488. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

489. SCHACHTER, H. M., A. GIRARDI, M. LY, D. LACROIX et al. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,* 2(18).

490. SHORT, K., B. FERGUSON, et D. SANTOR. (2009). *Scanning the practice landscape in school-based mental health.* (Ottawa : Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados).

491. ANDERSON, J. E. et C. A. LOWEN. (2010). Connecter les jeunes avec les services de santé. Revue systématique. *Le Médecin de Famille Canadien,* 56(8), 778-784.

492. FORUM DE LA TABLE DE LA SANTÉ MENTALE. (2010). *Quelles portes mènent où? Comment améliorer l'accès au service de santé mentale : obstacles, facilitateurs et occasions pour la santé mentale des Canadiens.* (Ottawa : Forum de la Table de la santé mentale).

Références

493. JOHNSON, C., A. L. EVA, L. JOHNSON, et B. WALKER. (2011). Don't Turn Away: Empowering Teachers to Support Students' Mental Health. *The Clearing House*, 84(1), 9-14.

494. KROES, G. et J. WATLING. (2009). *Transition saine vers l'âge adulte : Vers des soins intégrés en santé mentale. Rapport de l'atelier.* (Ottawa : Projet de recherche sur les politiques).

495. MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE. (2006). *Une responsabilité partagée. Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes.* (Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario).

496. CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011-05-02). *Workplace Health Promotion Depression.* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/implementation/topics/depression.html).

497. CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. (2011-02-01). *Santé mentale – Facteurs de risque psychosociaux au travail.* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mentalhealth_risk.html).

498. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2011). *National standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace.* (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Workforce_2011/MHCC_ENG_BACKGROUNDER.pdf).

499. ALLIANCE CANADIENNE POUR MALADIE MENTALE ET LA SANTÉ MENTALE. (2008). *National Integrated Framework for Enhancing Mental Health Literacy in Canada: Final Report.* (Alliance canadienne pour maladie mentale et la santé mentale).

500. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s.d.). *Qu'est-ce que Premiers Soins en Santé Mentale Canada?* (Extrait le 23 février 2011 de http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/about/Pages/default.aspx).

501. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s.d.). *Premiers soins en santé mentale. Historique du programme.* (Extrait le 25 février 2011 de http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/about/Pages/ProgramHistory.aspx).

502. KITCHENER, B. A. et A. F. JORM. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(10).

503. KITCHENER, B. A. et A. F. JORM. (2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 40(1), 6-8.

504. KITCHENER, B. A. et A. F. JORM. (2008). Mental Health First Aid: An International programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55-61.

505. THE JACK PROJECT. (s.d.). *Background and Mission.* (Extrait le 22 juillet 2011 de http://www.thejackproject.org/site/pdfs/TJP_Open_Minds_Handout.pdf).

506. THE JACK PROJECT. (s.d.). *The Jack Project.* (Extrait le 4 février 2011 de http://www.thejackproject.org/).

507. MARTIN, N. et V. JOHNSTON. (2007). *A time for action: Tackling Stigma and discrimination.* (Report to the Mental Health Commission of Canada).

508. SCHEFFER, R. (2003). *Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness.* (Centre de toxicomanie et de santé mentale).

509. KIRBY, M. (2007). *Children's Mental Health is Everybody's Business.* (Address to the Empire Club, May 17, 2007, Toronto, ON).

510. MANION, I. G. (2010). Provoking Evolution in Child and Youth Mental Health in Canada. *Psychologie canadienne*, 51(1), 50-57.

511. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s.d.). *Opening Minds.* (Extrait le 29 octobre 2010 de http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/OpeningMinds.aspx).

512. BOYER, R. (2001). A Conclusive Study on the impact of The Partners for Life Program. *The Bulletin*, Fall-Winter 2001-2002, 1.

513. MARTIN, N. (2008). *International Anti-Stigma Initiatives.* (Calgary : Commission de la santé mentale du Canada).

514. COMMISSION EUROPÉENNE. (2005). *Livre Vert. Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne.* (Bruxelles : Commission Européenne).

515. JANÉ-LLOPIS, E. et P. ANDERSON. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe.* (Nijmegen : Radboud University Nijmegen).

516. JANÉ-LLOPIS, E. et M. M. BARRY. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion and Education*, 12(2 suppl), 47-54.

517. KNAPP, M., D. MCDAID, E. MOSSIALOS, et G. THORNICROFT (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. En M.Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care* (p. 1-14). (Berkshire : Open University Press).

518. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s.d.). *First Nations, Inuit, and Métis*. (Extrait le 24 février 2011 de http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/FirstNationsInuitandMetis.aspx).

519. THE FIRST NATIONS AND INUIT MENTAL WELLNESS ADVISORY COMMITTEE. (2007). *Strategic Action Plan for First Nations and Inuit Mental Wellness DRAFT*. (The First Nations and Inuit Mental Wellness Advisory Committee).

520. ALAINAIT INUIT-SPECIFIC MENTAL WELLNESS TASK GROUP. (2007). *Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan*. (Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami).

521. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. (Singapour : Organisation mondiale de la Santé).

522. KUTCHER, S. et A. MCLUCKIE. (2010). *Evergreen: A Child and Youth Mental Health Framework for Canada*. (Commission de la santé mentale du Canada).

523. KUTCHER, S. et A. MCLUCKIE. (2009). Evergreen: Towards a Child and Youth Mental Health Framework for Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 89-91.

524. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2011-06-08). *Mental Health Commission of Canada commends federal investment on child and youth mental health*. (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/Child_Youth_PR_June_2011_ENG.pdf).

525. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (20?0-06-29). *Harcèlement psychologique*. (Extrait le 24 février 2011 de http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique/index.html).

526. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-06-08). *Feuillet de Renseignements. Stratégie d'innovation – Santé mentale*. (Extrait le 10 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0608_fs-fr-fra.php).

527. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2004-09-08). *Le suicide : un problème de santé publique énorme mais évitable*. (Extrait le 19 avril 2011 de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/index.html).

528. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2008). *La prévention du suicide : Indications pour les professionales des médias*. (Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Département de la Santé Mentale et Toxicomanies).

529. PENNEY, C., SENÉCAL, S., GUIMOND, E., BOBET, E. et al. (2008). Suicide in Inuit Nunaat: An analysis of Suicide Rates and effect of community-level Factors. *Proccedings of the Seeking Balance in a Changing North Open Assembly*, Northern Research Forum, Anchorage, US.

530. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s.d.). *Suicide prevention (SUPRE)*. (Extrait le 19 avril 2011 de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).

531. ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE. (s.d.). *IASP Guidelines for Suicide Prevention*. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.iasp.info/fr/suicide_guidelines.php).

532. ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE. (s.d.). *Groupes de travail – Le suicide et les médias*. (Extrait le 18 juillet 2011 de http://iasp.info/fr/media_guidelines.php).

533. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. (2011). *Reporting Suicide – Media Guidelines for Safe and Sensitive Coverage*. (Calgary Region : Association canadienne pour la santé mentale).

534. PEARSON, J. L., STANLEY, B., KING, C., et FISHER, C. (2001-01). *Issue to consider in intervention research with persons at high risk for suicidality*. (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/issues-to-consider-in-intervention-research-with-persons-at-high-risk-for-suicidality.shtml).

535. SILMERE, H. et A. R. STIFFMAN. (2006). Factors associated with successful functioning in American Indian youths. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Centre*, 13(3), 23-47.

536. CHANDLER, M. J. et C. E. LALONDE (2004). Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices?: On knowing about Indigenous knowledge and Aboriginal Suicide. En J.P.White, P. Maxim, & D. Beavon (Eds.), *Aboriginal Policy Research: Setting the Agenda for Change* Vol II, (p. 111-123). (Toronto : Thompson Educational Pub.).

537. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (2005). *Enquête Régionale sur la Santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 : Résultat de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations.* (Ottawa : Assemblée des Premières Nations).

538. FONDATION AUTOCHTONE DE GUÉRISON. (2006). *Final Report of the Aboriginal Healing Foundation. Volume III. Promising Healing Practices in Aboriginal Communities.* (Ottawa : Fondation autochtone de guérison).

539. SANTÉ CANADA. (2011-04-27). *Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens.* (Extrait le 19 juillet 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/indiresident/irs-pi-fra.php).

540. ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. (2010). *Backgrounder: World Suicide Prevention Day 2007.* (Extrait le 12 novembre 2010 de http://www.naho.ca/documents/it/2007_Suicide_Prevention_background.pdf).

541. FLAMING, D. et BOURASSA, L. (s.d.). *Yellow Ribbon Program Evaluation – Palliser Regional Suicide Prevention Council.* (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.searchca.net/users/folder.asp?FolderID=2457).

542. ARTCIRQ. (2010). À propos. (Extrait le 12 novembre 2010 de http://www.artcirq.org/apropos.htm).

543. INUKTITUT. (2007). ArtCirq: La troupe du cirque inuit captive les auditoires internationaux. *Inuktitut, Été 2007,* 9-10.

544. SILENZIO, V. M., J. B. PENA, P. R. DUBERSTEIN, J. CEREL et al. (2007). Sexual Orientation and Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults. *American Journal of Public Health,* 97(11), 2017-2019.

545. SILENZIO, V. M., P. R. DUBERSTEIN, X. TU, W. TANG et al. (2009). Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks. *Social Science and Medicine,* 69(3), 469-474.

546. IT GETS BETTER PROJECT. (s.d.). *What is the It Gets Better Project?* (Extrait le 24 novembre 2010 de http://www.itgetsbetter.org/pages/about-it-gets-better-project/).

547. THE TREVOR PROJECT. (s.d.). *About Trevor: Organization.* (Extrait le 24 novembre 2010 de http://www.thetrevorproject.org/about-trevor/organization).

548. AUSTRALIAN GOVERNMENT. (2008). *A framework for prevention of suicide in Australia.* (Barton : Commonwealth of Australia).

549. VOGEL, L. (2011). Canada suicide prevention efforts lagging, experts say. *Journal de l'Association Médicale Canadienne,* 183(1), E27-E28.

550. GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. (2007). *Se brancher à la vie. Programme provincial de prévention du suicide.* (Nouveau-Brunswick Santé).

551. LIVINGWORKS. (s.d.). *ASIST: The benefits live on.* (Extrait le 14 mars 2011 de http://www.livingworks.net/page/ASIST:%20The%20benefits%20live%20on).

552. LIVING WORKS. (s.d.). *Research and Evaluations.* (Extrait le 14 mars 2011 de http://www.livingworks.net/page/Research%20and%20Evaluations).

553. SANTÉ CANADA. (2006-03-06). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Prévention du Suicide.* (Extrait le 7 janvier 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-fra.php).

554. MCMAHON, R., S. O'DONNELL, R. SMITH, J. WOODMAN SIMMONDS et al. (2010). *Putting the 'last-mile' first: Re-framing Broadband Development in First Nations and Inuit Communities.* (Vancouver : Centre for Policy Research on Science and Technology (CPROST), Simon Fraser University).

555. RÉSEAU DU RESPECT DE LA VIE. (s.d.). *About this site.* (Extrait le 3 mars 2011 de http://www.honouringlife.ca/about/hln).

556. O'DONNELL, S., H. MOLYNEAUX, E. GORMAN, M. MILLIKEN et al. (2010). *Information and Communication Technologies to Support Health and Wellness in Remote and Rural First Nations Communities. Literature Review.* (Fredericton : Conseil national de recherches Canada).

557. MACKAY, M., J. VINCENTEN, M. BRUSSONI, E. TOWNER et al. (2011). *Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion – Canadian Edition.* (Toronto : The Hospital for Sick Children).

558. INSTITUTE FOR WORK & HEALTH. (s.d.). *What we do*. (Extrait le 28 avril 2011 de http://www.iwh.on.ca/what-we-do).

559. WORKERS COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA. (2007). *Student WorkSafe Program. Planning 10*. (Vancouver : Workers' Compensation Board of British Columbia).

560. SCHULTE, P. A., C. M. STEPHENSON, A. H. OKUN, J. PALASSIS et al. (2005). Integrating Occupation Safety and Health Information into Vocational and Technical Education and Other Workforce Preparation Programs. *American Journal of Public Health*, 95(3), 404-411.

561. INSTITUTE FOR WORK & HEALTH. (2011). Immigrant Worker Safety: IWH develops OHS information tool for newcomers. *At Work*, (64), 1-8.

562. INSTITUTE FOR WORK & HEALTH. (2007). Can social marketing campaigns prevent workplace injury and illness? *At Work*, (49).

563. LAVACK, A., S. L. MAGNUSON, S. DESHPANDE, D. Z. BASIL et al. (2008). Enhancing occupational health and safety in young workers: the role of social marketing. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 13(3), 193-204.

564. COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. (2007). *Rapport annuel 2006*. (Toronto : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail).

565. COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. (2008). *Changer la façon de voir la santé et la sécurité au travail*. (Toronto : Commission de la sécurté professionnelle et de l'assureance contre les accidents du travail).

566. LAVACK, A., M. D. BASIL, D. Z. BASIL, S. DESHPANDE et al. (2008). *Using Social Marketing to Increase Occupational Health and Safety*. (Richmond : WorkSafeBC).

567. VAVRIK, J. (2007). ICBC studies risky behaviors. *British Columbia Journal of Medicine*, 49(9), 480.

568. FITZGERALD, E. S. et W. A. HARRISON. (1999). *Hazard Perception and Learner Drivers: A theoretical discussion and an in-depth survey of driving instructors*. (Victoria : Monash University Accident Research Centre).

569. AUTO INSURANCE QUOTES ONTARIO. (s.d.). *Auto Insurance Glossary*. (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.autoinsurancequotesontario.ca/car-insurance-glossary.html).

570. FELL, J. C. et R. B. VOAS. (2006). Mothers Against Drunk Driving (MADD): The First 25 Years. *Traffic Injury Prevention*, 7(3), 196-212.

571. TAYLOR, M. (2007-11-19). *In the News: MADD launches its Red Ribbon campaign*. (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.madd.ca/english/news/stories/n20071119.htm).

572. MADD CANADA. (s.d.). *MADD Canada's School Assembly Program and Materials*. (Extrait le 25 juillet 2011 de http://www.madd.ca/english/youth/maddatschool.html).

573. CNW GROUP. (2011-05-11). *Campaign embraces new mediums: Smart Phone Apps and YouTube*. (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.cnw.ca/en/releases/archive/May2010/11/c2399.html).

574. SADD ALBERTA STUDENTS AGAINST DRINKING AND DRIVING. (s.d.). *CYAID Conference*. (Extrait le 26 juillet 2011 de http://www.saddalberta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=21).

575. GOVERNMENT OF ALBERTA TRANSPORTATION. (s.d.). *Ignition Interlock Program*. (Extrait le 9 juin 2011 de http://atsb.alberta.ca/506.htm).

576. VOLPE, R. et J. LEWKO. (2006). *Road-Related Neurotrauma and Road Safety: Opportunities and Challenges for Prevention Science*. (Toronto : University of Toronto).

577. WILLIS, C., S. LYBRAND, et N. BELLAMY. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

578. GOVERNMENT OF MANITOBA. (s.d.). *Manitoba's new cell phone law*. (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.gov.mb.ca/drivers/new_law.html).

579. BLAIS, É. et D. SERGERIE. (2008). *Avis de santé publique sur les effets du cellulaire au volant et recommandations*. (Québec : Institut national de santé publique du Québec).

580. LABERGE-NADEAU, C., U. MAAG, F. BELLAVANCE, S. D. LAPIERRE et al. (2003). Wireless telephones and the risk of road crashes. *Accident Analysis and Prevention*, 35(5), 649-660.

581. AMERICAN AUTOMOBILE ASSOCIATION. (2008). *Cell Phones and Driving: Research Update*. (Washington : AAA Foundation for Traffic Safety).

Références

582. ASSOCIATION CANADIENNE DES AUTOMOBILISTES. (s.d.). *Qu'est-ce que la distraction au volant?* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.caa.ca/driventodistraction/what/index_fr.html).

583. ONTARIO MINISTÈRE DES TRANSPORTS. (2010-06-20). *Atténuer les distractions*. (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.mto.gov.on.ca/french/safety/distracted-driving/distractions.shtml).

584. LEITCH, K. K. (2007). *Vers de nouveaux sommets – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes.* (Ottawa : Santé Canada).

585. PAN, S. Y., M. DESMEULES, H. MORRISON, R. SEMENCIW et al. (2011). Adolescent Injury Deaths and Hospitalization in Canada: Magnitude and Temporal Trends (1979-2003). *Journal of Adolescent Health,* 41(1), 84-92.

586. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. (2008). *Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant.* (Genève : Organsation mondiale de la Santé).

587. HEMENWAY, D. (2008). Protecting Children from Firearm Violence. En *Big Ideas for Children: Investing in our Nation's Future* (p. 203-210). (Washington : First Focus).

588. BERGMAN, A. B. et F. P. RIVARA. (1991). Sweden's Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics,* 88(1), 69-74.

589. RAMSAY, S. (2001). Child-injury death rates – do international comparisons help? *The Lancet,* 357(9254), 454.

590. BERGMAN, A. B. (2000). Ragner Berfenstam's Legacy. *Injury Prevention,* 6(1), 4.

591. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-04-22). *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index-fra.php).

592. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (s.d.). *Registre national des traumatismes.* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/trauma+and+injuries/services_ntr).

593. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005-10-03). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI). (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cis-eng.php).

594. STATISTIQUE CANADA. (2009-12-16). *Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes (BCDCML).* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5125&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

595. SAFE COMMUNITIES CANADA. (s.d.). *About Safe Communities Canada.* (Extrait le 18 juillet 2011 de http://www.safecommunities.ca/aboutsafecommunities.php).

596. SAUVE-QUI-PENSE AUCUN REGRET. (s.d.). *Discover SMARTRISK No Regrets.* (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.smartrisknoregrets.ca/index.php/aboutNR/).

597. SAUVE-QUI-PENSE AUCUN REGRET. (s.d.). *SMARTRISK's Five Key Messages.* (Extrait le 22 juin 2011 de http://smartrisknoregrets.ca/index.php/approach/item/smartrisks_five_key_messages/).

598. SAUVE-QUI-PENSE AUCUN REGRET. (s.d.). *About No Regrets Live.* (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.smartrisknoregrets.ca/index.php/nrl-about/).

599. SAUVE-QUI-PENSE AUCUN REGRET. (s.d.). *Parents and No Regrets.* (Extrait le 20 juillet 2011 de http://www.smartrisknoregrets.ca/index.php/parents/).

600. PREVNET. (s.d.). *What is Bullying?* (Extrait le 25 février 2011 de http://www.prevnet.ca/Bullying/tabid/94/Default.aspx).

601. CRAIG, W. M., D. J. PEPLER, et R. ATLAS. (1998). Observations of Bullying and Victimization in the School Yard. *Canadian Journal of School Psychology,* 13(2), 41-59.

602. OLWEUS, D. (1991). Bully/Victim Problems Among SchoolChildren: Basic Facts and Effects of a School-Based Intervention Program. En D.J.Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (Hillsdale : Lawrence Eribaum Associates, Inc., Publishers).

603. OLWEUS, D. (1993). *Bullying at school – What we know and what we can do.* (Oxford : Blackwell Publishers Inc.).

604. SRABSTEIN, J. C. et B. L. LEVENTHAL. (2010). Prevention of bullying-relationed morbidity and mortality: a call for public health policies. *Bulletin of the World Health Organization,* 88(6), 403-404.

605. SRABSTEIN, J. C. et T. PIAZZA. (2008). Public health, safety and educational risks associated with bullying behaviors in American adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 223-234.

606. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2008). *Inégalités en matière de santé chez les jeunes. Rapport international HBSC issu de l'étude 2005/2006.* (Écosse : Organisation mondiale de la Santé).

607. PEPLER, D. J. (2006). Bullying interventions: A Binocular Perspective. *Journal de l'Académie de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 15(1), 16-21.

608. VREEMAN, R. C. et A. E. CARROLL. (2007). A Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(1), 78-88.

609. FARRINGTON, D. et M. M. TTOFI. (2009). *School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization.* (Campbell Systematic Reviews).

610. OLWEUS BULLYING PREVENTION PROGRAM. (s.d.). *Research and History.* (Extrait le 15 novembre 2010 de http://www.olweus.org/public/bullying_research.page).

611. OLWEUS BULLYING PREVENTION PROGRAM. (s.d.). *The Olweus Bullying Prevention Program Overview.* (Extrait le 15 juillet 2011 de http://www.olweus.org/public/bullying_prevention_program.page).

612. OLWEUS, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Programme: design and implementation issues and a new national initiative in Norway. En P.K.Smith, D. J. Pepler, & K. Rigby (Eds.), *Bullying in schools: how successful can interventions be?* (p. 13-36). (Cambridge : Cambridge University Press).

613. OLWEUS BULLYING PREVENTION PROGRAM. (s.d.). *Success Stories.* (Extrait le 15 novembre 2010 de http://www.olweus.org/public/case_studies.page).

614. CENTRE NATIONAL DE PRÉVENTION DU CRIME. (2008). *Prévenir l'intimidation : la nature et la fréquence de l'intimidation au Canada.* (Sécurité publique Canada).

615. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (2003). *Bullying, School Exclusion and Literacy.* (Association canadienne de santé publique).

616. LUMSDEN, L. (2002-03). *Preventing Bullying. ERIC Digest.* (Extrait le 26 novembre 2010 de http://www.ericdigests.org/2003-1/bullying.htm).

617. ROOTS OF EMPATHY. (s.d.). *Roots of Empathy: About Our Program.* (Extrait le 27 juin 2011 de http://www.rootsofempathy.org/ProgDesc.html).

618. ROOTS OF EMPATHY. (2008). *Roots of Empathy: A Summary of Research Studies Conducted 2000-2007.* (Toronto : Roots of Empathy).

619. SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA. (2009-02-06). *La prévention de l'intimidation à l'école.* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.securitepublique.gc.ca/res/cp/res/bully-fra.aspx).

620. PREVNET. (s.d.). *About Us.* (Extrait le 26 novembre 2010 de http://prevnet.ca/AboutUs/tabid/92/language/en-US/Default.aspx).

621. PREVNET. (s.d.). *Four Strategy Pillars.* (Extrait le 25 février 2011 de http://www.prevnet.ca/AboutUs/FourStrategyPillars/tabid/101/Default.aspx).

622. CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. (2005-03-08). *Intimidation en milieu de travail.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/bullying.html).

623. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.S.C., ch. H-6, 1985.

624. GOVERNMENT OF MANITOBA. (2010-10-21). *Province announces new regulations to protect against psychological harassment in workplace.* (Extrait le 24 février 2011 de http://safemanitoba.com/uploads/Oct%202010%20News%20Release_New%20Workplace%20Regs.pdf).

625. GOVERNMENT OF MANITOBA. (2011-01-31). *New Provisions to address intimidation, bullying and humiliation.* (Extrait le 24 février 2011 de http://news.gov.mb.ca/news/index.html?archive=2011-1-01&item=10765).

626. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2010). *La violence et le harcèlement au travail : comprendre la loi.* (Toronto : Ministère du Travail, Ontario).

Références

627. GOVERNMENT OF SASKATCHEWAN. (2008). *Working Well – Understanding Saskatchewan's Harassment Prevention Legislation and Promoting Healthy and Safe Work Environments.* (Saskatchewan Ministry of Advanced Education, Employment and Labour).

628. GOVERNMENT OF SASKATCHEWAN. (2008). *Working Well – Employers Guide to Preventing and Stopping Harassment in Saskatchewan Workplaces.* (Saskatchewan Ministry of Advanced Education, Employment and Labour).

629. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s.d.). *Santé sexuelle.* (Extrait le 6 janvier 2011 de http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/).

630. SANTÉ CANADA. (2006-02-02). *Vie saine. Santé sexuelle et promotion.* (Extrait le 23 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/sex/index-fra.php).

631. FLICKER, S., S. FLYNN, J. LARKIN, R. TRAVERS et al. (2009). *Sexpress: The Toronto Teen Survey Report. What are diverse Toronto teens saying about HIV, sexual health and the services they want?* (Toronto : Planned Parenthood Toronto).

632. FLORES, J., C. HAMEL, F. LAVOIE, et L. RONDEAU. (2005). *Thème : Relations amoureuses chez les jeunes.* (Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité).

633. CORNELIUS, T. L., R. C. SHOREY, et A. KUNDE. (2009). Legal consequences of dating violence: A critical review and directions for improved behavioral contingencies. *Aggression and Violent Behavior,* 14(3), 194-204.

634. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2011-05-25). *Relations amoureuse des jeunes.* (Extrait le 3 mai 2011 de http://www.santepub-mtl.qc.ca/relationsamoureuses/etat.html).

635. RACINES DE L'EMPATHIE. (2009). *Racines de l'empathie – Rapport sur les recherches 2009.*

636. WOLFE, D. A., WEKERLE, C., GOUGH, R., REITZEL-JAFFE, D. et al. (1996). *Youth Relationships Project: A Violence Prevention Program for At-Risk Adolescents.* (Extrait le 3 mai 2011 de http://www.eurowrc.org/05.education/education_en/yrp_youth_manual/02.abstract.html).

637. WOLFE, D. A., C. WEKERLE, K. SCOTT, A.-L. STRAATMAN et al. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: A controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 72(2), 279-291.

638. THE FOURTH R. (s.d.). *Strategies for Healthy Youth Relationships.* (Extrait le 25 juillet 2011 de http://www.youthrelationships.org/).

639. JOHNSON, H. (2007). Preventing Violence Against Women: Progress and Challenges. *Revue de l'IPC,* 1, 69-88.

640. MCCALL, D. et A. MCKAY. (2004). School-Based and School-Linked Sexual Health Education and Promotion in Canada. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada,* 26(6), 596-600.

641. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (s.d.). *Sur la bonne voie : un curriculum fondé sur les relations destiné à l'éducation physique et à la santé des élèves de 9e année.* (Extrait le 23 juin 2011 de http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/intervention/617/view-fra.html).

642. WOLFE, D. A., C. V. CROOKS, P. G. JAFFE, D. CHIODO et al. (2009). A School-Based Program to Prevent Adolescent Dating Violence: A Cluster Randomized Trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 163(8), 692-699.

643. CROOKS, C. V., D. A. WOLFE, R. HUGHES, P. G. JAFFE et al. (2008). Development, Evaluation and National Implementation of School-Based Program to Reduce Violence and Related Risk Behaviors: Lessons from the Fourth R. *IPC Review,* 2, 109-135.

644. SEX INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF CANADA. (2009). Sexual health education in the schools: Questions & answers (3rd edition). *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 18(1-2), 47-60.

645. BOTTING, B., M. ROSATO, et R. WOOD. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends,* 93(Autumn), 19-28.

646. PLANNED PARENTHOOD TORONTO. (2010). *Sex Press: The Toronto Teen Survey Bulletin. What did Black, African, and Caribbean Teens have to say?*

647. ORGOCKA, A. (2004). Perceptions of communication and education about sexuality among Muslim immigrant girls in the US. *Sex Education,* 4(3), 255-271.

648. NGO, H. V. (2009). Patchwork, Sidelining and Marginalization: Services for Immigrant Youth. *Journal of Immigrant and Refugee Studies,* 7(1), 82-100.

649. FRONTLINE PARTNERS WITH YOUTH NETWORK. (2010-03-31). *The Toronto Teen Survey – What did LGBTQ and Questioning Youth Have To Say?* (Extrait le 9 juin 2011 de http://www.fpyn.ca/content/resource/toronto-teen-survey-what-did-lgbtq-and-questioning-youth-have-say).

Références

650. TOLMAN, D. L. et S. I. MCCLELLAND. (2011). Normative Sexuality Development in Adolescence: A Decade Review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence,* 21(1), 242-255.

651. RYAN, B. (2003). *A new look at Homophobia and Heterosexism in Canada.* (Ottawa : Société canadienne du sida).

652. OTTAWA RAPE CRISIS CENTRE. (2011). *Ottawa Rape Crisis Centre 2010/2011 Annual Report.* (Ottawa : Ottawa Rape Crisis Centre).

653. OTTAWA RAPE CRISIS CENTRE. (s.d.). *Current Projects*. (Extrait le 29 avril 2011 de http://orcc.net/programs/projects.html).

654. ONYALO, S. (2010-11-04). *Girls Chat Program*. (Extrait le 29 avril 2011 de http://www.unb.ca/fredericton/arts/centres/mmfc/_resources/pdfs/6onyalo.pdf).

655. WAKLEY, G. (2011). Helping parents with sex education. *Journal of Family Health Care,* 21(2), 30-33.

656. HANSEN, L., J. MANN, S. MCMAHON, et T. WONG. (2004). Sexual Health. *BMC Women's Health,* 4 (Suppl I)(S24).

657. ADLER, N., J. STEWART, S. COHEN, M. CULLEN et al. (2007). *Reaching for a Healthier Life. Facts on Socioeconomic Status and Health in the US.* (San Francisco : The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health).

658. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, août 2006.* (Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada).

659. GIL-RIVAS, V. et L. KOOYMAN (2006). Sexual Risk-Taking: Correlates and Prevention. En R.D.McAnulty & M. M. Burnette (Eds.), *Sex and sexuality* (p. 321-342). (Connecticut : Greenwood Publishing Group, Inc.).

660. RAPSEY, C. et T. MURACHVER (2006). Adolescent Sexuality. En R.D.McAnulty & M. M. Burnette (Eds.), *Sex and sexuality* (p. 61-102). (Connecticut : Greenwood Publishing Group, Inc.).

661. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). *Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada. Constations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003.*

662. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-03-18). *Infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue au Canada : Le rôle de l'utilisation des droques injectables*. (Extrait le 25 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/qf-fr/hep-c-fra.php).

663. MOSES, S., K. MESTERY, K. D. E. KAITA, et G. Y. MINUK. (2002). Viral Hepatitis in a Canadian Street-involved Population. *Revue canadienne de santé publique,* 93(2), 123-128.

664. HUANG, L., M. L. GILBERT, M. F. ROSSI, D. HAASE et al. (2010). Trends in Vaccine-induced Immunity to Hepatitis B among Canadian Street-involved Youth. *Journal of Urban Health,* 87(2), 337-348.

665. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement. *Relevé des maladies transmissibles au Canada,* 33S1, 1-69.

666. SALES, J. M., R. R. MILHAUSEN, et R. J. DICLEMENTE. (2006). A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise. *Sexual Transmitted Infections,* 82(6), 431-436.

667. SALES, J. M. et R. J. DICLEMENTE. (2010). *Adolescent STI/HIV Prevention Programs: What Works for Teens?* (Ithaca : Act for Youth Center of Excellence).

668. MELNIKOW, J. et S. ALEMAGNO. (1993). Adequacy of prenatal care among inner-city women. *Journal of Family Practice,* 37(6), 575-582.

669. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Programme canadien de nutrition prénatale. Une décennie de promotion de la santé des mères, des bébés et des communautés.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

670. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-01-18). *Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)*. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/cpnp-pcnp/index-fra.php).

671. SANTÉ CANADA. (2008-10-17). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Programmes et services de santé financés*. (Extrait le 19 mai 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/prog/index-fra.php).

672. SANTÉ CANADA. (2007-07-07). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes*. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2007_compendium/1_comm_prog-fra.php).

673. GOODMAN, A. (2006). *The Story of David Olds and Nurse Home Visiting Program.* (Princeton : Robert Wood Johnson Foundation).

674. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (s.d.). *Programme de soins de santé maternelle et infantile dans les communautés des Premières nations.* (Extrait le 3 mai 2011 de http://64.26.129.156/article.asp?id=2271).

675. WELLINGS, K., J. WADSWORTH, A. JOHNSON, J. FIELD et al. (1999). Teenage fertility and life chances. *Reviews of Reproduction,* 4(3), 184-190.

676. RAVANERA, Z. et F. RAJULTON. (2006). Social Status Polarization in the Timing and Trajectories to Motherhood. *Canadian Studies in Population,* 33(2), 179-207.

677. CORCORAN, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting: a review of the literature. *Social Work in Health Care,* 27(2), 49-67.

678. KIRBY, D. (2007). *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce.* (The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy).

679. KALMUSS.D., A. DAVIDSON, A. COHALL, D. LARAQUE et al. (2003). Preventing Sexual Risk Behaviors and Pregnancy Among Teenagers: Linking Research and Programs. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 35(2).

680. MATICKA-TYNDALE, E. (2008). Sexuality and sexual health of Canadian adolescents: Yesterday, today and tomorrow. *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 17(3), 85-95.

681. KOHLER, P. K., L. E. MANHART, et W. E. LAFFERTY. (2008). Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health,* 42(4), 344-351.

682. BERMÚDEZ PARSAI, M., F. GONZÁLEZ CASTRO, F. F. MARSIGLIA, M. L. HARTHUN et al. (2011). Using Community Based Participatory Research to Create a Culturally Grounded Intervention to Prevent Risky Behaviors. *Prevention Science,* 12(1), 34-47.

683. ONUSIDA. (1997). *Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé.* (Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA).

684. MEILLEUR DÉPART et SEX INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF CANADA. (2007). *Update Report on Teen Pregnancy Prevention. A summary of statistics, context and effective strategies related to the prevention of teen pregnancy, including examples of successful or promising initiatives.* (Toronto : Meilleur départ. Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario).

685. JEWELL, D., J. TACCHI, et J. DONOVAN. (2000). Teenage pregnancy: whose problem is it? *Family Practice,* 17(6), 522-528.

686. MEILLEUR DÉPART et SEX INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF CANADA. (2008). *Teen Pregnancy Prevention: Exploring Out-of-school Approaches.* (Toronto : Meilleur départ. Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario).

687. BENZIES, K., S. TOUGH, K. TOFFLEMIRE, C. FRICK et al. (2006). Factors Influencing Women's Decisions About Timing of Motherhood. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 35(5), 625-633.

688. SEAMARK, C. J. et P. LINGS. (2004). Positive experiences of teenage motherhood: a qualitative study. *The British Journal of General Practice,* 54(508), 813-818.

689. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005-04-05). *Maladies à déclaration obligatoire en direct.* (Extrait le 22 février 2011 de http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/list-fra.php).

690. ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2000). Promotion of Sexual Health, Recommendations for Actions. *Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization and World Health Organization in collaboration with the World Association for Sexology,* Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Antigua Guatemala, GU.

691. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005-04-22). *Fiche de renseignements. Une stratégie nationale d'immunisation pour le Canada.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_14bk1-fra.php).

692. COMITÉ CONSULTATIF FPT SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. (2003). *Stratégie nationale d'immunisation : Rapport final 2003.*

693. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Guide Canadien d'immunisation*. Septième édition.

694. ONTARIO MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. (2009). *Rapport initial sur la santé publique.*

695. GOVERNMENT OF ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. (s.d.). *Human Papillomavirus (HPV) vaccine HPV immunization program.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.health.alberta.ca/health-info/imm-HPV.html).

696. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-09-25). *Populations à risque.* (Extrait le 30 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-fra.php).

697. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005-01-13). *Information : Le point sur la pandémie de VIH/sida.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_1bk2-fra.php).

698. SANTÉ CANADA. (2007-11-29). *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/int_aids-sida_fed-fra.php).

699. VEUGELERS, P. J. et FITZGERALD A.L. (2005). Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *Journal de l'Association Médicale Canadienne,* 173(6), 607-613.

700. CLÉMENT, K. et P. FERRÉ. (2003). Genetics and Pathophysiology of Obesity. *Pediatric Research,* 53(5), 721-725.

701. SANTÉ CANADA. (2011-06-17). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones.* (Extrait le 2 mai 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-fra.php).

702. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques.* (Ottawa : Gouvernement du Canada).

703. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger.* (Ottawa : Gouvernement du Canada).

704. MCINTYRE, L. et TARASUK, V. (s.d.). *Food Security as a Determinant of Health.* (Extrait le 21 avril 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/08_food_e.pdf).

705. NUTRITION NORD CANADA. (2011-03-14). À propos du programme. (Extrait le 8 juin 2011 de http://www.nutritionnorthcanada.gc.ca/abt/index-fra.asp).

706. SANTÉ CANADA. (1996). *La nutrition pour un virage santé : voies d'action.*

707. HARRIS, J. L., J. A. BARGH, et K. D. BROWNELL. (2009). Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behavior. *Health Psychology,* 28(4), 404-413.

708. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC: *L.R.Q., Chapitre P-40.1; Loi sur la protection du consommateur (Québec),* 2011.

709. ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIODIFFUSEURS et LES NORMES CANADIENNES DE LA PUBLICITÉ. (s.d.). *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants.* (Extrait le 21 avril 2011 de http://www.adstandards.com/fr/clearance/childrens/broadcastCodeForAdvertisingToChildren.aspx).

710. STORY, M. et S. FRENCH. (2004). Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 1(3).

711. BOUTIN, D. (2011-02). *Deux poids, deux mesures : publicités destinées aux jeunes en matière de malbouffe.* (Extrait le 30 mai 2011 de http://www.uottawa.ca/articles/deux-poids-deux-mesures-publicites-destinees-aux-jeunes-en-matiere-de-malbouffe).

712. KATAMAY, S. W., ESSLINGER, K. A., VIGNEAULT, M., JOHNSTON, J. L. et al. (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien (2007) : Élaboration du modèle d'alimentation.* (Extrait le 12 mai 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/fd_int_pat-ela_mod_alim-fra.pdf).

713. SANTÉ CANADA. (2007-02-05). *Aliments et nutrition. Guide alimentaire canadien : Adoptez de saines habitudes.* (Extrait le 24 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/maintain-adopt/index-fra.php).

714. SANTÉ CANADA. (2011-02-24). *Aliments et nutrition. Trousse éducative mangez bien et soyez actif.* (Extrait le 2 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/toolkit-trousse/index-fra.php).

715. SANTÉ CANADA. (2010-10-21). À propos de Santé Canada. Campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive. (Extrait le 2 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_180b-fra.php).

Références

716. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-12-17). *le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada.* (Extrait le 12 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/alw-vat/role/index-fra.php).

717. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-09-09). *Unité des modes de vie sains.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/hlu-umvs/index-eng.php).

718. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-09-07). *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité.* (Extrait le 12 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php).

719. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-01-20). *Activité physique. Lignes directrices en matière d'activité physique.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/03paap-fra.php).

720. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-01-24). *Le gouvernement du Canada appuie les nouvelles lignes directrices en matière d'activité physique.* (Extrait le 22 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0124-fra.php).

721. PATRIMOINE CANADIEN. (2009-02-25). *Projets de soutien pour le développement de la participation au sport (PSDPS).* (Extrait le 19 avril 2011 de http://www.pch.gc.ca/pgm/sc/init/psdps-spdp-fra.cfm).

722. PATRIMOINE CANADIEN. (2011-03-02). *Sports Canada – rapport des contributions 2009-2010.* (Extrait le 2 mai 2011 de http://www.pch.gc.ca/pgm/sc/cntrbtn/2009-2010/index-fra.cfm).

723. FONDATION BON DÉPART DE CANADIAN TIRE. (s.d.). *Bon départ.* (Extrait le 2 mai 2011 de http://www.canadiantire.ca/bondepart/quest-ce-que-bon-depart.html).

724. SPENCE, J. C., N. L. HOLT, J. K. DUTOVE, et V. CARSON. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health,* 10(356).

725. COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ. (2007). *Des enfants en santé : une question de poids.* (Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaires).

726. MYERS, A. et J. C. ROSEN. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity,* 23(3), 221-230.

727. PUHL, R. M. et K. D. BROWNELL. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity,* 14(10), 1802-1815.

728. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2005). *Body Wise Handbook: Eating Disorder Information for Middle School Personnel.* (Washington : US Department of Health and Human Services Program Support Center).

729. HEALTH AT EVERY SIZE. (s.d.). *Health at Every Size.* (Extrait le 20 avril 2011 de http://www.haescommunity.org/).

730. ASSOCIATION FOR SIZE DIVERSITY AND HEALTH. (2011). *Basic Principles of Health At Every Size.* (Extrait le 26 juillet 2011 de http://www.sizediversityandhealth.org/content.asp?id=131).

731. BACON, L. et L. APHRAMOR. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal,* 10(9), 1-13.

732. BACON, L. (2010). *Health at Every Size.* (Dallas : BenBella Books Inc.).

733. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (s.d.). *Notre santé, notre avenir : Dialogue national sur le poids santé. Sujet : Créer des milieux propices. Shift the focus away from weight.* (Extrait le 20 avril 2011 de http://ourhealthourfuture.gc.ca/2011/04/06/shift-the-focus-away-from-weight/).

734. ASSOCIATION FOR SIZE DIVERSITY AND HEALTH. (2011). *HAES in Action!* (Extrait le 26 juillet 2011 de http://www.sizediversityandhealth.org/content.asp?id=22).

735. MACKAY, K. C. (s.d.). *Optimizing Investments in the Built Environment to Reduce Youth Obesity : A Study of Decisionmakers in Atlantic Canada.*

736. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010). *Le rapport de 2008 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

737. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-02-09). *Activité physique : Qu'est-ce que le transport actif?* (Extrait le 12 juillet 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/at-ta-fra.php).

738. INFRASTRUCTURE CANADA. (2007-11-06). *Feuillet d'information – Le gouvernement du Canada intervient en faveur d'une économie plus forte, d'un environnement plus sain et de collectivités plus propères*. (Extrait le 19 avril 2011 de http://www.buildingcanada-chantierscanada.gc.ca/plandocs/bg-di/bg-di-fs-fr-fra.html).

739. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-10-05). *Information : Vie saine et comportements à risque*. (Extrait le 24 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_53bk2-fra.php).

740. LITTLETON, H. L. et T. OLLENDICK. (2003). Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at risk and How Can These Problems Be Prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1).

741. MCVEY, G., S. TWEED, et E. BLACKMORE. (2007). Healthy Schools – Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4, 115-136.

742. POLIVY, J. et C. P. HERMAN. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

743. SILVA, M. A. (2006-04). *Body Image Dissatisfaction: A Growing Concern Among Men*. (Extrait le 20 avril 2011 de http://www.msoe.edu/life_at_msoe/current_student_resources/student_resources/counseling_services/newsletters_for_mental_health/body_image_dissatisfaction.shtml).

744. WESTWIND EATING DISORDER RECOVERY CENTRE. (s.d.). *Eating Disorders in Men*. (Extrait le 1 juin 2011 de http://www.westwind.mb.ca/Eating%20disorders/Men/Men.html).

745. GREGOR, S. (2004-06). The man behind the mask: male body image dissatisfaction. *The Australian Psychological Society*.

746. EATING DISORDERS VENTURE. (2006). *Manorexia and Bigorexia*. (Extrait le 20 avril 2011 de http://www.eatingdisordershelpguide.com/manorexia.html).

747. THE NATIONAL EATING DISORDER INFORMATION CENTRE (NEDIC). (s.d.). *Food and Weight Preoccupation*. (Extrait le 30 mai 2011 de http://www.nedic.ca/knowthefacts/foodweight.shtml).

748. QUIGG, S. L. et S. C. WANT. (2011). Highlighting media modifications: Can a television commercial mitigate the effects of music videos on female appearance satisfaction? *Body Image*, 8(2), 135-142.

749. LEVINE, M. P. et S. K. MURNEN. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [*pick one*] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42.

750. FERGUSON, C. J., B. WINEGARD, et B. M. WINEGARD. (2011). Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Review of General Psychology*, 15(1), 11-28.

751. NATIONAL EATING DISORDER INFORMATION CENTRE. (s.d.). *Prevention and Health Promotion*. (Extrait le 24 novembre 2010 de http://www.nedic.ca/knowthefacts/preventionhealth.shtml).

752. LAWLER, M. et E. NIXON. (2010). Body Dissatisfaction among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71.

753. ATA, R. N., A. BRYANT LUDDEN, et M. M. LALLY. (2007). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024-1037.

754. AL SABBAH, H., C. A. VEREECKEN, F. J. ELGAR, T. NANSEL et al. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9(52).

755. MCVEY, G., J. GUSELLA, S. TWEED, et M. FERRARI. (2009). A Controlled Evaluation of Web-Based Training for Teachers and Public Health Practitioners on the Prevention of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 17, 1-26.

756. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. (s.d.). *Les troubles de l'alimentation*. (Extrait le 24 novembre 2010 de http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-98&lang=2).

757. KIDSHEALTH FROM NEMOURS. (s.d.). *Eating Disorder*. (Extrait le 24 février 2011 de http://kidshealth.org/parent/emotions/feelings/eating_disorders.html).

758. CHE, J. (2002). Population canadienne dont le poids est insuffisant. *Tendances sociales canadiennes*, Hiver 2002(67), 7-11.

759. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. (2010-08-24). *Eating Disorders*. (Extrait le 24 novembre 2010 de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml).

760. SANTÉ CANADA. (2010-09-27). *Tableau 1 Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2009* [Fichier de données]. (Extrait le 23 février, 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/ann-eng.php).

761. SANTÉ CANADA. (2007-12-12). *Tableau 2. Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (février à décembre), Canada 1999* [Fichier de données]. (Extrait le 23 novembre 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_1999/ann_tab2-fra.php).

762. SANTÉ CANADA. (2010-06-30). *Tableau 1 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2009, delon le sexe et l'âge – Drogues* [Fichier de données]. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/tables-tableaux-fra.php).

763. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (2008-04-09). *Educating Students About Drug Use and Mental Health – Risk and Protective Factors: Youth and Substance Abuse*. (Extrait le 3 mai 2011 de http://www.camh.net/education/Resources_teachers_schools/Drug_Curriculum/Secondary/curriculum_riskprotect.html).

764. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010-11-15). *Survol de la Stratégie nationale antidrogue : Combattre les drogues illicites pour réduire l'offre et la demade – Plan d'action* [Brochure]. (La Stratégie nationale antidrogue).

765. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2011). *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers.* (Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada).

766. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE COMITÉ DE SANTÉ DE L'ADOLESCENT. (2008). La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en maitière de santé. *Paediatrics and Child Health*, 13(1), 57-60.

767. POULIN, C. (2006). *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes.* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

768. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s.d.). *Harm Reduction Among Injecting Drug Users*. (Extrait le July 22, 2011 de http://www.wpro.who.int/health_topics/harm_reduction/).

769. CHEUNG, Y. W. (2000). Substance Abuse and Developments in Harm Reduction. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 162(12), 1697-1700.

770. INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* [Brochure]. (London : International Harm Reduction Association).

771. UNAIDS. (2005). *Intensifying HIV Prevention – UNAIDS Policy Position Paper.* (Geneva : Policy Paper Endorsed by the Joint United Nation Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Programme Coordinating Board).

772. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2004). *HIV Prevention Among Young Injecting Drug Users.* (New York : United Nations).

773. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood.* (New York : United Nations Children's Fund).

774. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-07-17). *An Agency Approach to Harm Reduction (July 17, 2008).*

775. REHM, J., D. BALIUNAS, S. BROCHU, B. FISCHER et al. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : Points saillants.* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

776. GOSSOP, M., J. MARSDEN, et D. STEWART. (2001). *NTORS: After Five Years, The National Treatment Outcome Research Study. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake.* (London : National Addiction Centre).

777. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2010-11-15). *La Stratégie nationale antidrogue.* (Extrait le 8 mars 2011 de http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/sna-nads.html).

778. MINISTÈRE DE LA JUSTICE CANADA. (2010-07-22). *Renseignements supplémentaires (Tableaux) – Tableau 4 : Initiatives horizontales.* (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.justice.gc.ca/fra/min-dept/pub/rr-dpr/2009/section3/ih-hi.html).

779. STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE. (2010-11-15). *Prévention*. (Extrait le 22 juillet 2011 de http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/prevention.html).

780. STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE. (2010-11-15). *Traitement*. (Extrait le 22 juillet 2011 de http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/trait-treat.html).

781. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2011-01-07). *Application de la loi*. (Extrait le 12 juillet 2011 de http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/app-enf.html).

782. SANTÉ CANADA. (2011-07-06). *National Anti-Drug Strategy. Youth Mass Media 2010-11 Campaign Results (June 30, 2011)*.

783. SANTÉ CANADA. (2010-01-18). *Préoccupations liées à la santé. Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA) – Aperçu*. (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/dscif-ficsa/index-fra.php).

784. SANTÉ CANADA. (2006-03-06). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Programme national de luttle contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*. (Extrait le 19 mai 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nnadap-pnlaada-fra.php).

785. SANTÉ CANADA. (2011-05-24). *Préoccupations liées à la santé. Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT)*. (Extrait le 14 juillet 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/dtfp-pftt/index-fra.php).

786. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-07-18). PHAC position on Harm Reduction.

787. CITY OF VANCOUVER. (s.d.). *City of Vancouver – Four Pillars Drug Strategy*. (Extrait le 8 mars 2011 de http://vancouver.ca/fourpillars/index.htm).

788. MARSHALL, B. D. L., M.-J. MILLOY, E. WOOD, J. S. G. MONTANER et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 377, 1429-1437.

789. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. (1999). *Alchohol and Drug Prevention Programs for Youth: What Works?*

790. NATIONAL DRUG RESEARCH INSTITUTE. (2011-02-20). *SHAHRP: School Health and Alcohol Harm Reduction Project*. (Extrait le 29 juin 2011 de http://ndri.curtin.edu.au/research/shahrp/index.cfm).

791. MCBRIDE, N., F. FARRINGDON, R. MIDFORD, L. MEULENERS et al. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), 278-291.

792. MCBRIDE, N. T., F. H. FARRINGDON, et C. A. KENNEDY. (2007). Research to practice – formal dissemination of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 26, 665-672.

793. PERNANEN, K., M.-M. COUSINEAU, S. BROCHU, et F. SUN. (2002). *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

794. MOHLER-KUO, M., G. W. DOWDALL, M. P. KOSS, et H. WECHSLER. (2004). Correlates of Rape while Intoxicated in a National Sample of College Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 37-45.

795. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. (Copenhague : Organisation mondiale de la Santé).

796. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2010). *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*. (Italie : Organisation mondiale de la Santé).

797. HEIPEL-FORTIN, R. B. et B. REMPEL. (2007). Effectiveness of Alcohol Advertising Control Policies and Implications for Public Health Practice. *McMaster University Medical Journal*, 4(1), 20-26.

798. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. (s.d.). *12 Grandes Réalisations. Vue d'ensemble : Amélioration de la santé des mères et des bébés*. (Extrait le 9 février 2011 de http://acsp100.ca/12-grandes-realisations/vue-d-ensemble-amelioration-de-la-sante-des-meres-et-des-bebes).

799. BURGOYNE, A. (2010). *Ce que nous avons appris : Campagnes de sensibilisation canadiennes importantes à l'égard de l'ETCAF*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

800. POOLE, N. A. (2008). *La prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Perspectives canadiennes*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

Références

801. HERZIG, K., D. DANLEY, R. JACKSON, R. PETERSEN et al. (2006). Seizing the 9-month moment: Addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 228-235.

802. MEILLEUR DÉPART. (2002). *Réduire l'impact : Travailler auprès de femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile.* (Toronto : Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario).

803. ENVIRONICS RESEARCH GROUP LIMITED. (2006). *Consommation d'alcool pendant la grossesse et sensibilisation au syndrome d'alcoolisme foetal et à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale.*

804. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Un Cadre d'action.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

805. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-06-14). Évaluation sommative du Programme canadien de nutrition prénatale 2004-2009. (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/cpnp-pcnp/kf-cc-fra.php).

806. GREAVES, L., R. CORMIER, K. DEVRIES, J. BOTTORFF et al. (2003). *Le renoncement au tabac et la grossesse : Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale.* (Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health).

807. HASLAM, C. (2000). A targeted approach to reducing maternal smoking. *British Journal of General Practice*, 50(457), 661-663.

808. POOLE, N. et B. ISAAC. (2001). *Apprehensions. Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers.* (Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health).

809. ARMSTRONG, M. A., V. G. OSEJO, L. LIEBERMAN, D. M. CARPENTER et al. (2003). Perinatal Substance Abuse Intervention Obstetric Clinics Decreases Adverse Neonatal Outcomes. *Journal of Perinatology*, 23(1), 3-9.

810. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. (s.d.). *Mettons fin au SAF.* (Extrait le 25 novembre 2010 de http://www.gov.mb.ca/healthychild/fasd/stopfasd.html).

811. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. (2008). *Mettons fin au SAF.* (Winnipeg : Enfants en santé Manitoba).

812. UMLAH, C. et T. GRANT. (2003). Intervening to prevent prenatal alcohol and drug exposure: the Manitoba experience in replicating a paraprofessional model. *Envision: The Manitoba Journal of Child Welfare*, 2(1), 1-12.

813. CROWE-SALAZAR, N. (2009). *Substance Use during Pregnancy and a Women Centered Harm Reduction Approach: challenging the mother and baby divide to support family well-being and the prevention of child maltreatment.*

814. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-03-11). *Système canadien de surveillance périnatale.* (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/overview-apercu-fra.php).

815. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-01-04). *L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité.* (Extrait le 28 juin 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php).

816. SANTÉ CANADA. (2007-12-12). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 1999 – Tableau 2. Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (février à décembre), Canada 1999* [Fichier de données]. (Extrait le 29 avril 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_1999/ann_tab2-fra.php).

817. PARTNERSHIP TO ASSIST WITH CESSATION OF TOBACCO. (2010-09-19). *Make a PACT.* (Extrait le 8 juin 2011 de http://www.makeapact.ca/content/make-a-pact).

818. SANTÉ CANADA. (2010-04-30). Évaluation du comportement des détaillants par rapport à certaines restrictions de l'accès des jeunes au tabac – 2009. (Extrait le 22 october 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/eval/2009_result-fra.php).

819. PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA. (2007). *Towards effective tobacco control in First Nations and Inuit communities.* (Ottawa : Physicians for a Smoke-Free Canada).

820. SANTÉ CANADA. (2010-11-29). *Municipal et local.* (Extrait le 27 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apropos/role/municip/index-fra.php).

821. SANTÉ CANADA. (2008). *Lieux publics sans fumée : vous pouvez y arriver.* (Ottawa : Santé Canada).

822. ONTARIO MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU SPORT. (2007-05). *Ontario sans fumée. Ses repercussions sur vous : Les lieux public clos*. (Extrait le 6 janvier 2011 de http://www.mhp.gov.on.ca/fr/smoke-free/factsheets/enclosed_public_places.asp).

823. SANTÉ CANADA. (2010-01-21). À propos de Santé Canada. Le gouvernement du Canada annonce un projet qui mise sur la participation des jeunes aux initiatives de lutte contre le tabagisme. (Extrait le 22 october 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_13-fra.php).

824. SANTÉ CANADA. (2010-07-05). *Entrée en vigueur de l'interdiction de vendre des produits du tabac aromatisés*. (Extrait le 22 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_112-fra.php).

825. GOUVERNEMENT DU CANADA: *Loi modifiant la Loi sur le tabac*, L.C., ch. 27, 2009.

826. PREMIER MINISTRE DU CANADA. (2009-10-26). *Loi restregnant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*. (Extrait le 10 juin 2011 de http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2915).

827. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Investir en prévention – La perspective économique. Principales conclusions d'un examen des données récentes*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

828. LING, P. M. et S. A. GLANTZ. (2004). Tobacco Industry Research on Smoking Cessation: Recapturing Young Adults and Other Recent Quitters. *Journal of General Internal Medicine*, 19(5 Pt 1), 419-426.

829. GRIMSHAW, G. et A. STANTON. (2010). Tobacco cessation interventions for young people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

830. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPMENT ÉCONOMIQUES. (2010). *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011* [Fichier de données]. (Extrait le de http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=).

831. BOIVIN, J.-F., É. ROY, N. HALEY, et G. GALBAUD DU FORT. (2005). The Health of Street Youth: A Canadian Perspective. *Revue canadienne de santé publique*, 96(6), 432-437.

832. INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. (2000). *The Health of Canada's Children: A CICH Profile. 3rd Edition*. (Ottawa : Institut canadien de la santé infantile).

833. MITURA, V. et R. BOLLMAN. (2004). L'état de santé et les comportements des jeunes canadiens : Une comparaison rurale-urbaine. *Bulletin d'analyse Régions rurales et petites villes du Canada*, 5(3), 1-22.

834. HACKSHAW, A. (2008). Small studies: strengths and limitations. *European Respiratory Journal*, 32(5), 1141-1143.

835. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2001). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(RR-13).

836. HEALTHY BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN. (s.d.). *Overview*. (Extrait le 20 janvier 2011 de http://www.hbsc.org/overview.html).

837. STATISTIQUE CANADA. (2011-06-24). *Enquête auprès des jeunes en transitions (EJET)*. (Extrait le 29 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4435&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

838. STATISTIQUE CANADA. (2010-06-09). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*. (Extrait le 29 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

839. SANTÉ CANADA. (2008-08-22). *Préoccupations liées à la santé. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. (Extrait le 2 juin 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-esccad-fra.php).

840. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-10). *Enquête longitudianle nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)*. (Extrait le 10 mars 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

841. STATISTIQUE CANADA. (1999). *Enquête nationale sur la santé de la population. Reseignements généraux et Produits et services*. (Extrait le 2 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82f0068x/4247790-fra.pdf).

842. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-14). *Enquête nationale sur la santé de la population – Volet ménages – longitudinal (ENSP)*. (Extrait le 29 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3225&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

843. PATRY, M. (2010). Design and Analysis of health-related surveys in a federal country. *Proceedings of the BAPH Workshop 2010: Design and analysis of health-related surveys in a federal country*, University of Hasselt et Université de Liège, Bruxelles, Belgique.

844. KIRMAYER, L. J., K. GILL, C. FLETCHER, Y. TERNAR et al. (1994). *Emerging Trends in Research on Mental Health Among Canadian Aboriginal Peoples. A Report Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples.* (Montréal : McGill University – Culture & Mental Health Research Unit).

845. PODMOSTKO, M. B. (2009). *An Exploratory Study of the Factors Influencing the Relationship between Program Evaluators and Their Youth Grantee Clients.* (The Graduate School of Education and Human Development of The George Washington University).

846. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010). *Youth and Technology: Improving the Health of our Future Generations. 2010 Event on Promoting the Health of Youth in Canada.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

847. TAKINGITGLOBAL, V. EKEHAUG, P. J. PARTINGTON, et N. YEO. (2008). *TakingITGlobal E-consultations on Climate Change & Building Citizen Centred Policies & Services.*

848. CROOKS, C. V., D. CHIODO, D. THOMAS, et R. HUGHES. (2010). Strengths-based Programming for First Nations Youth in Schools: Building Engagement Through Healthy Relationships and Leadership Skills. *International Journal of Mental Health and Addiction,* 8(2), 160-173.

849. SANTÉ CANADA. (2010-02-27). *Aider son adolescent à éviter la consommation de drogues – Conseils pour améliorer sa résilience.* (Extrait le 1 février 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/prevent-eviter/index-fra.php).

850. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. (2010). *La culture et la langue : Des déterminants sociaux de la santé des Premières nations, Inuit et Métis.* (Centre de collaboration nationale de la santé Autochtone).

851. READING, J. (Personal Communications on Creating Healthy Transitions and Moving Forward from Words to Action for Aboriginal Adolescents and Young Adults, 6 avril 2011).

852. THE CENTRE OF EXCELLENCE FOR YOUTH ENGAGEMENT. (s.d.). *Youth Engagement.* (Extrait le 10 février 2011 de http://www.engagementcentre.ca/vision.php).

853. CENTRES D'EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS. (s.d.). *C'est quoi l'engagement des jeunes?*

854. CBC NEWS. (2007-06-29). *Timeline of Canadian Tobacco Laws.* (Extrait le 25 novembre 2010 de http://www.cbc.ca/news/background/smoking/timeline.html).

855. GERVAIS, A., J. O'LOUGHLIN, E. DUGAS, M. J. EISENBERG et al. (2007). Revue systématique d'essais comparatifs randomisés d'interventions d'abandon du tabac chez les jeunes. *Drogues, Santé et Société,* 6(1).

856. COALITION FOR A SMOKE-FREE NOVA SCOTIA. (s.d.). *Pricing and Taxation. Increases in taxes on tobacco across Canada, provinical rankings.* (Extrait le 4 mai 2011 de http://www.smokefreens.ca/nova-scotia-tobacco-control/pricing-and-taxation/).

857. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2011-03-08). *Notre santé, notre avenir : Dialogue national sur le poids santé.* (Extrait le 9 mars 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0307a-fra.php).

858. STATISTIQUE CANADA. (2011-02-25). *CANSIM Tableau 102-4309 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines cause de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données]. (Extrait le 12 juillet 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1024309&lang=fra).

859. STATISTIQUE CANADA. (2010). *Dictionnaire du Recensement de 2006.* (Ottawa : Statistique Canada).

860. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006: Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006.* (Canada : Société canadienne d'hypothèques et de logement).

861. STATISTIQUE CANADA. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités cannadiennes (ESCC) : Questionnaire de 2009.* (Ottawa : Statistique Canada).

862. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0522 Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&ArrayId=1020522&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

863. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-10-13). *Cas déclarés de ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2009 et du 1er janvier au 30 juin 2010 et leurs taux annuels correspondants du 1er janvier au 31 décembre 2009 et 2010* [Fichier de données]. (Extrait le 23 février 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index-fra.php).

864. SANTÉ CANADA. (2010-06-30). *Enquête de surveillance canadienne de la consommaton d'alcool et de drogues*. (Extrait le 23 novembre 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/tables-tableaux-fra.php).

865. STATISTIQUE CANADA. (2003-08-31). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC)*. (Extrait le 13 juillet 2011 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=20251&SurvVer=1&InstaId=20892&InstaVer=1&SDDS=5015&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

866. STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0512 Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&id=1020512&pattern=1020512&searchTypeByValue=1).

867. STATISTIQUE CANADA. (2009-05-25). *37a-HLT Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population*. (Extrait le 24 février 2011 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2009000/considerations/hlt/37ahlt-fra.htm).

868. ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-12-23). *Qualité de l'air à l'échelle nationale*. (Extrait le 13 juillet 2011 de http://ec.gc.ca/indicateurs-indicators/default.asp?lang=Fr&n=485631F9-1).

869. STATISTIQUE CANADA. (2011-02-17). *Lieu de naissance de la personne*. (Extrait le 27 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/birth-naissance-fra.htm).

870. COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. (2010). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*. (Toronto : Société canadienne du cancer).

871. STATISTIQUE CANADA. (s.d.). *Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC) – Concepts et définitions*. (Ottawa : Statistique Canada).

872. UNITED NATIONS STANDING COMMITTEE ON NUTRITION (SCN). (2004). *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes – March 2004*. (Genève : UN Standing Committee on Nutrition).

873. CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING. (s.d.). *Clinical Examination*. (Extrait le 17 juin 2010 de http://www.csha.ca/r_clinical_examination.asp).

874. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0529 Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1020529&searchTypeByValue=1&pattern=1020529&lang=fra).

875. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0530 Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&ArrayId=1020530&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

876. STATISTIQUE CANADA. (2010-11-08). *CANSIM Tableau 102-0526 Décès, selon la cause, Chapitre VI : Maladies du système nerveux (G00 à G99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 24 février 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1020526&searchTypeByValue=1&pattern=1020526&lang=).

877. STATISTIQUE CANADA. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale et bien-être Cycle 1.2 Guide du Fichier Maître*. (Ottawa : Statistique Canada).

878. STATISTIQUE CANADA. (2010). *Le revenu au Canada, 2008*. (Ottawa : Statistique Canada).

879. STATISTIQUE CANADA. (2011-05-15). *CANSIM Tableau 202-0801 Seuils de faible revenu avant et après impôt selon la taille de la communauté et de la famille, dollars constants de 2009, annuel (Dollars), 1976/2009* [Fichier de données]. (Extrait le 21 juin 2011 de http://www.statcan.gc.ca/access_acces/alternative_alternatif.action?l=fra&loc=t/801.ivt).

880. STATISTIQUE CANADA. (2010). Avril à juin 2010. *Estimation démographiques trimestrielles*, 24(2). 1-68.

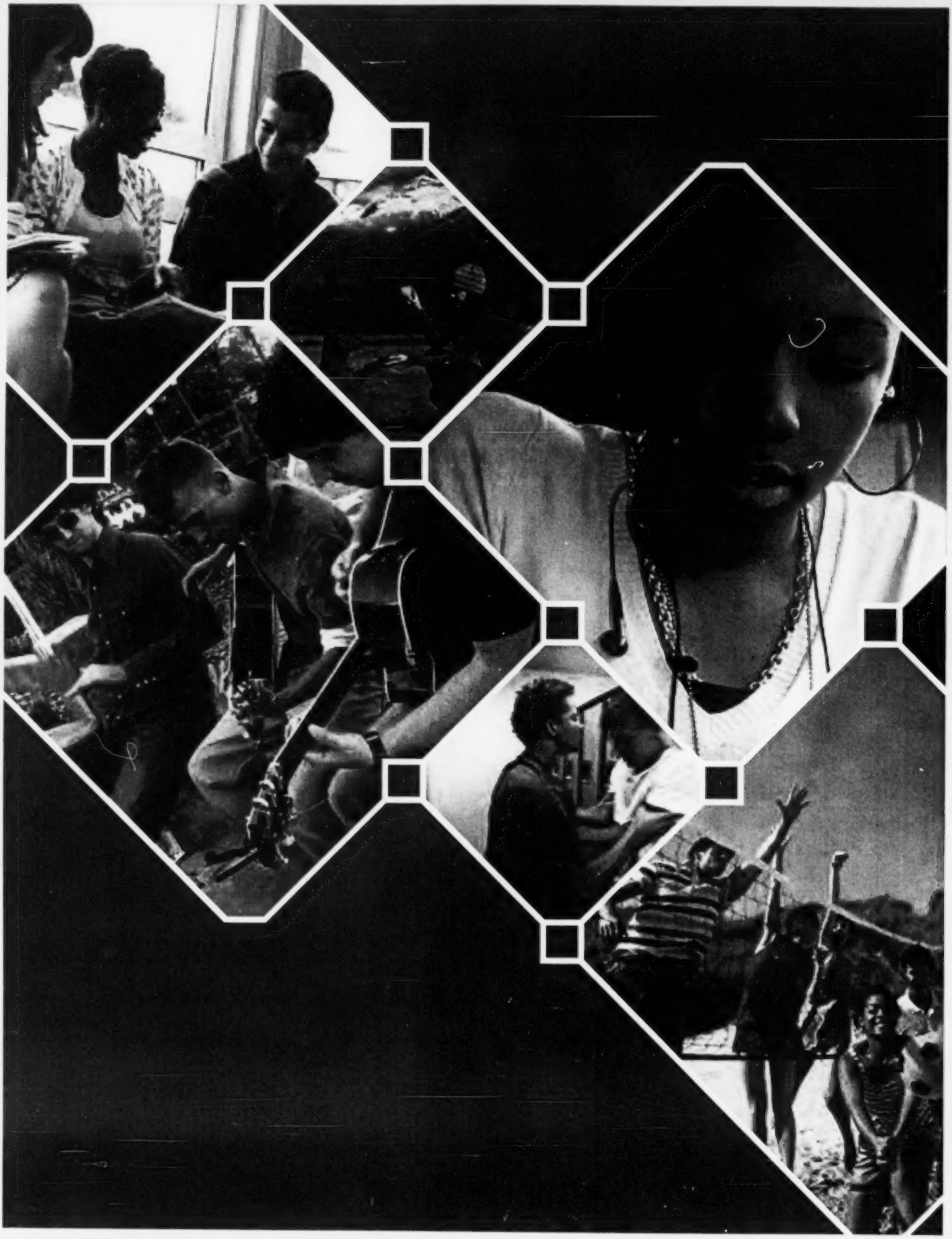
881. STATISTIQUE CANADA. (2009-11-20). *Région urbaine (RU)*. (Extrait le 22 février 2011 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/geo049-fra.cfm).

882. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009* . (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

883. STATISTIQUE CANADA. (2011). *Le revenu au Canada, 2009*. (Ottawa : Statistique Canada).

Références

884. STATISTIQUE CANADA. (2006). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 3.1 (2005) Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) Guide de l'utilisateur.* (Ottawa : Statistique Canada).

885. STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0506 Décès et taux de mortalité infantiles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 9 février 2011 de http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=459A0ECC2BD6BB388E40C0B7E384B214?id=1020506&searchTypeByValue=1&pattern=1020506&lang=fra).

886. PARIKH, S. V., R. W. LAM, et CANMAT DEPRESSION WORK GROUP. (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. I. Definitions, Prevalence, and Health Burden. *La Revue canadienne de psychiatrie,* 46(S1), 13S-20S.